

## SUMARIO

- 2 ¿Qué es la Baja Visión?
- 3 La Oxigenoterapia Hiperbárica -OHB-, la especialidad médica desconocida
- 4 ¿Qué es la fibrosis quística?
- 6 Gimnasia abdominal hipopresiva
- 8 Diástasis abdominal, ¿qué hacer?
- 9 Claves de una dieta vegana
- 10 Respiración oral desde la logopedia
- 12 Anemia ferropénica en mujeres menopáusicas
- 13 Dolor testicular, enfermedades más comunes
- 14 Bruxismo. Abordaje fisioterápico
- 16 ¿Impacto emocional en pacientes con heridas crónicas
- 17 Demencia, información para el cuidador
- 18 Hemoptisis
- 19 Hiperplasia benigna de próstata
- 20 La puerta verde de Panticosa



## EJEMPLAR GRATUITO

Para recibir el pdf de la revista:  
[zonahospitalaria.com/suscripciones](http://zonahospitalaria.com/suscripciones)

*Feliz  
contigo  
2022*

GOOGLE ANALYTICS

6.245.733

VISITAS A PÁGINAS

HA RECIBIDO ZH EN 2021

# ¿Qué es la Baja Visión?

Ángel Yanguas Alfaro y Silvia de la Llama Celis  
Optometristas especialistas en Baja Visión de Yanguas Ópticos  
Pº María Agustín, 113 (Pza. Europa) | 50003 Zaragoza  
T. 976 443 995 |  618 701 844 (Ángel y Silvia)  
#retinosispimentaria #retinitispigmentaria #filtrosdebajavision

**YANGUAS  
ÓPTICOS**  
[www.yanguasopticos.es](http://www.yanguasopticos.es)  
[yanguasopticos@hotmail.com](mailto:yanguasopticos@hotmail.com)

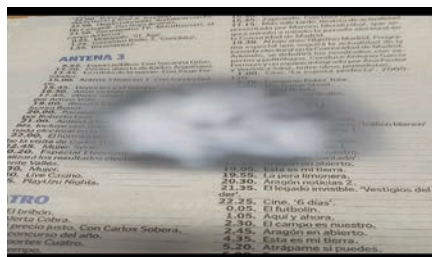
Muchas personas que no están familiarizadas con la discapacidad visual, piensan en la vista en términos absolutos: se tiene o no se tiene. Les es muy difícil entender que una persona en determinadas situaciones se desenvuelva con normalidad pero en otras necesita ayuda o un bastón blanco. Desde esta publicación queremos aportar que aunque estos pacientes tengan los ojos aparentemente sanos, pueden tener un problema serio de visión.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), una persona tiene **baja visión** cuando tiene una **agudeza visual** (AV) inferior a 0,3 decimal en el mejor ojo con la mejor corrección posible, o un **campo visual** menor o igual a 10 grados desde el punto de fijación. Por **agudeza visual** entendemos la capacidad de nuestro sistema visual para distinguir detalles de forma nítida a una distancia y condiciones determinadas. Por tanto, nos indica la posibilidad de ver detalles de un objeto sobre un fondo uniforme o ver que dos objetos muy cercanos están, efectivamente, separados.

Para la realización de tareas se necesita un mínimo de agudeza visual, si no tendremos dificultades o incapacidad para realizarla, por ejemplo tiene más exigencia visual leer letra pequeña que leer titulares de un periódico. Si no tenemos una buena agudeza visual no podremos realizar estas tareas.

Un paciente con **DMAE** avanzada (degeneración macular asociada a la edad) o **Stargardt**, tendrá serios problemas para poder seguir la lectura, debido a la metamorfopsia y escotomas que le provoca la enfermedad. No le solución nada, emplear gafas convencionales para la presbicia. **Donde fija es donde no ve bien**, la "mancha" la tiene en la línea de mirada.

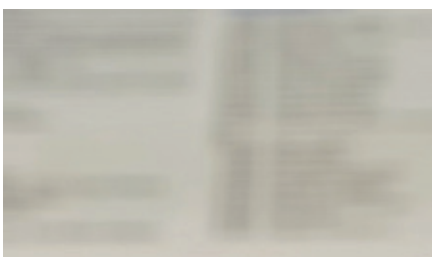
Estos pacientes se pueden beneficiar de ayudas visuales específicas para Baja Visión, prescritas por optometristas especialistas en Baja Visión, una vez diagnosticados por su oftalmólogo.



Además es muy importante la rehabilitación visual. En Yanguas ópticos hacemos rehabilitación en Baja Visión. Les enseñamos una forma nueva de ver, **VER SIN MIRAR**, localizando el **PRL** (punto preferente retiniano/ Preferred retinal locus, por sus siglas en inglés).

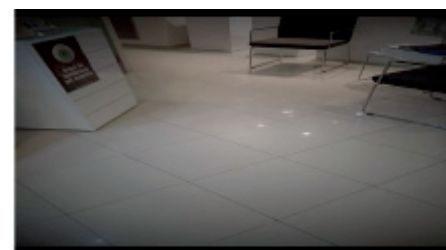
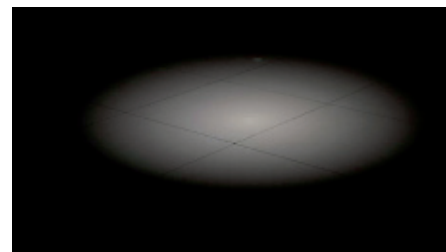


Estas gafas con luz incorporada, y **aumentos calculados** para cada paciente en función de su visión, aumentan el tamaño de la letra requerido por el paciente y el **contraste** tan **afectado** en pacientes con Baja Visión. El contraste también lo podemos potenciar con **filtros selectivos**, a diferencia de una gafa de sol, permiten la entrada de luz necesaria, pero bloquean la luz molesta, la que les provoca deslumbramiento/ fotofobia. La prueba de filtros en Yanguas Ópticos es personalizada.



Por campo visual entendemos el espacio visual que percibimos cuando fijamos la vista en un estímulo. Sin patología el campo visual binocular es aproximadamente de 120°.

Los pacientes con patología como Retinosis Pigmentaria, Glaucoma, hemianopsias., tienen el campo visual reducido. En algunos casos es imposible la movilidad y orientación. Si sólo vemos una parte del suelo, por ejemplo, no tenemos referencias para poder orientarnos. Por la noche pierden la totalidad del campo útil.



Para pacientes con patologías de pérdida de campo visual periférico, es muy importante entrenamiento visual en rastreo, movimientos de seguimiento, y fijación. Hoy en día existen ayudas para baja visión como Retiplus, gafa de realidad aumentada, que aumenta el campo visual.

Os dejamos el link, explicando como funcionan.  
<https://youtu.be/THnyzavCml8>

Además, en Yanguas ópticos disponemos del lector inteligente Orcam. Dispositivo que lee textos, reconoce productos, billetes.... Os dejamos el link explicando el dispositivo.  
<https://youtu.be/mwXGiv77Tg>

Hay pacientes que tienen afección del campo central y del periférico, cada paciente es único a la hora de examinarle.

Si usted dispone de cierto resto visual, en Yanguas ópticos intentaremos darle autonomía. Tiene que ser consciente que la patología continúa, lo que hacemos es mejorar su calidad de vida. Una vez que ha sido diagnosticado por su oftalmólogo, pida cita en un centro de baja visión para potenciar su resto visual.



# La Oxigenoterapia Hiperbárica -OHB-, la especialidad médica desconocida

*Dr Manuel Salvador*

*Jefe de la Unidad de Terapéutica Hiperbárica del Hospital General Universitario de Castellón*

**De un tiempo a esta parte casi todos han oído hablar de la OHB, muchos creen erróneamente que se trata de una "Terapia alternativa", otros la confunden con la "Ozonoterapia" que nada tiene que ver...**

El oxígeno es un fármaco, y su uso como medicamento debe ser prescrito por un médico y administrado por un sanitario, ya que la "dosis" a la que debe ser administrado supera en mucho a la que podemos tomar de la atmósfera al respirar.

Y aquí reside la dificultad de su administración, si fuera un medicamento sólido o líquido sería muy fácil aumentar el número de comprimidos o de líquido a administrar, pero es un gas. Es imprescindible introducir al paciente en un "recipiente" donde pueda ser presurizado todo él, la Cámara Hiperbárica, y ser tratado por personal cualificado y con dedicación absoluta durante la administración del medicamento.

**Así pues, la OHB es la administración de oxígeno medicinal a dosis farmacológicas con fines terapéuticos en el interior de un recipiente presurizado o cámara hiperbárica.**

El hecho de que el oxígeno sea abundante, y que no pueda ser patentado como medicamento, no ha ayudado en absoluto a su popularización, ya que ninguna compañía farmacéutica puede tener ningún interés comercial en su promoción y eso ha lastrado enormemente su popularización a pesar de los beneficios que reporta para la salud.

## Inicios de la OHB

A mediados de los años '60 del siglo pasado, en Holanda, un cirujano cardíaco, el Profesor Boerema, diseñó un quirófano hiperbárico, una enorme cámara hiperbárica en cuyo interior podía operar niños afectados de cardiopatías congénitas, y parar su corazón durante tiempos cercanos a los 30 minutos sin que sufrieran secuelas neurológicas.

Ese oxígeno disuelto en el plasma es mucho más fácil de "tomar" por los tejidos que el que está unido a la hemoglobina de la sangre. La falta de oxígeno pone en riesgo la viabilidad de los tejidos y es la causa de muchas enfermedades.

El aumento de la osmolaridad al que hemos hecho mención actúa sobre la deformabilidad

de los hematíes haciendo que se adapten mejor al diámetro de los capilares mejorando la microcirculación. La OHB es capaz de hacer llegar el oxígeno a los tejidos dañados y poner en marcha mecanismos de cicatrización.

## Práctica clínica observacional

Oxien es el primer y único centro en Navarra avalado por la ASEMHS que participa en un estudio de Práctica Clínica Observacional liderado por el Dr. Mera, para determinar las posibilidades terapéuticas que la medicina hiperbárica proporciona a pacientes post Covid-19 con y sin vacunación.

Si eres paciente post Covid-19 o si conoces a alguien que su salud se haya visto alterada tras él, te invitamos a ponerte en contacto con el equipo de determinación, Dra. Cristina Lozano (direccion.medica@oxien.com).

El centro Oxien de Medicina Hiperbárica, está liderado por doctores hiperbaristas y técnicos camaristas. Llevan desde el año 2017 trabajando con pacientes a nivel privado y a nivel público. Trabajan en equipo multidisciplinar con el doctor para conseguir mejorar la calidad de vida del paciente.



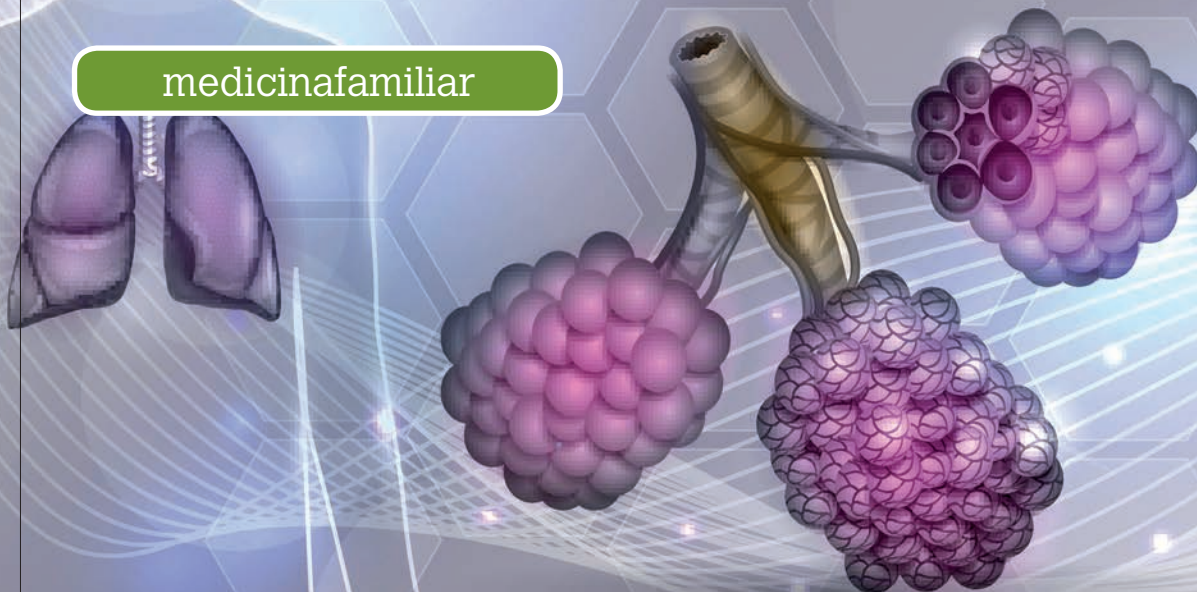
## Oxigenación hiperbárica en pacientes con secuelas post Covid-19

Primer y único centro navarro avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (ASEMHS).

**OXIEN**



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



## ¿Qué es la fibrosis quística?

*Raquel Refusta Ainaga. Enfermera en Atención Primaria en Zaragoza.*

*Lorena Rodríguez Elena. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

*Luis María Hernáiz Calvo y Alberto Guillén Bobé. Médicos Residentes Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José Centro. Zaragoza.*

*Gloria Del Mar Oliveros Cartagena. Médico Residente de Radiodiagnóstico en Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

**La fibrosis quística es un enfermedad crónica, hereditaria y degenerativa que afecta a más de 2500 personas en nuestro país. Principalmente altera al sistema respiratorio y al digestivo, produciendo un característico moco pegajoso y espeso que se acumula en los pulmones y en el páncreas.**

A menudo, esto ocasiona infecciones e inflamación que atañen al sistema respiratorio, páncreas, hígado y sistema reproductor. Existen portadores del gen de la fibrosis quística que nunca llegan a desarrollar la enfermedad (1 de cada 35 personas), por ello, para desarrollar la enfermedad ambos progenitores deben ser portadores de la enfermedad para desarrollar a un hijo con fibrosis quística.

En cuanto al sexo, afecta a un mayor número de hombres que de mujeres.

### Síntomas

Desde el nacimiento se aprecia un retraso en el crecimiento, bajo percentil de peso, piel con sabor salado y ausencia de deposiciones las primeras 24-48 horas de vida.

**Síntomas respiratorios:** fatiga, congestión nasal, tos, aumento de mucosidad en los senos, presión y dolor en los senos (debida a pólipos o a infecciones) y neumonías de repetición.

**Síntomas gastrointestinales:** dolor abdominal, pérdida de peso, aumento de gases, abdomen distendido (hinchado), náuseas, pérdida de apetito...

Son características las heces, las cuales serán

de color pálido o color arcilla, con hedor, moco y flotantes.

La cronicidad de la enfermedad hace aparecer con el paso del tiempo patologías como pancreatitis, esterilidad masculina, alteración en la morfología de los dedos (dedos en palillo de tambor) ...

### Diagnóstico

El diagnóstico se realiza a todos los recién nacidos mediante la Prueba del Talón o cribado neonatal.

A los adultos se les realiza el test del sudor, que mide la cantidad de cloruro, una parte de la sal, en el sudor.

Un diagnóstico precoz es crucial para alcanzar un incremento tanto en la esperanza como en la calidad de vida de estos pacientes.



## 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](mailto:aragon@zonahospitalaria.com)**





En cuanto a la dieta deberá ser rica en proteínas y calorías, abundante hidratación, ejercicio físico, evitar humo, tabaco, polvo, productos químicos de uso doméstico...

### ¿La fibrosis quística se contagia?

La fibrosis quística no se contagia ya que es una enfermedad genética.

Se produce por la alteración de un gen llamado CFTR (Gen Regulador de la Conductancia Transmembrana de la Fibrosis Quística) el cual se encuentra en el cromosoma 7.

### Complicaciones

Infecciones crónicas: las infecciones suponen la principal causa de muerte en esta patología. Bronquiectasias: alteración y daño en las vías respiratorias que dificultan la movilización del aire y de las secreciones.

Pólipos nasales, Neumotórax, Hemoptisis (tos con sangre), insuficiencia respiratoria, diabetes, déficits nutricionales, obstrucción intestinal, infertilidad, osteoporosis...

Gracias a la detección precoz y la innovación en tratamientos que ralentizan la progresión de la enfermedad, los pacientes con fibrosis quística pueden tener una mejora de la calidad de vida, sin embargo, todavía mucho que aprender e investigar sobre esta importante patología.

### Tratamiento

Se basa en una buena nutrición, actividad física, fisioterapia respiratoria y antibioterapia. Los antibióticos previenen y tratan las infecciones de manera que es un fármaco de uso predominante en esta patología. A menudo, las dosis son más altas de lo habitual. Inhaladores para abrir los bronquios y favorecer la movilización de las secreciones, evitando así el acúmulo del moco en las vías respiratorias. Es recomendable administrar la vacuna antigripal y la antineumocócica de polisacáridos de manera anual.

En fases avanzadas puede ser necesario el uso de oxigenoterapia.

La fisioterapia respiratoria es un método de preventivo de infecciones, pues fortalece los músculos respiratorios, facilita la movilización de secreciones y es un método sencillo que se puede realizar de forma diaria por el mismo paciente.

El drenaje postural es una técnica recomendada que consiste en golpear suavemente diferentes zonas del paciente cuando está en posiciones diferentes para facilitar la expulsión de la mucosidad a través de la tos. Se puede realizar desde el nacimiento.



Puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web  
revista digital + 6.245.733 visitas en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

**Revista:** 1 página interior (200 €), 1/2 página (150 €), 1 faldón (100 €) [Precios/Nº + IVA]

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

+ información: <https://zonahospitalaria.com/como-anunciarse/>

[aragon@zonahospitalaria.com](mailto:aragon@zonahospitalaria.com)

# Gimnasia abdominal hipopresiva

**Beatriz Macipe Gascón, Mayra Medrano Cid, Natividad Losada Estella y Raquel Carneiro Lázaro.** Fisioterapeutas del Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico Lozano Blesa.  
**Paula Esteruelas Cuartero.** Fisioterapeuta del Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

**La gimnasia abdominal hipopresiva (GAH) es un sistema de tonificación de la musculatura abdominal, del suelo pélvico y de los estabilizadores de la columna.**

Lo que la diferencia de otras técnicas de tonificación abdominal, como los ejercicios abdominales tradicionales clásicos (elevaciones de tronco, piernas o ambos segmentos) es que no provoca efectos negativos sobre el suelo pélvico (incontinencia urinaria y/o prolapsos vesicouterinos y rectales).

## Origen y evolución de la gimnasia abdominal hipopresiva

Las técnicas hipopresivas fueron creadas por Marcel Caufriez (doctor en Ciencias de la Motricidad) como recuperación del parto, tras constatar que las mujeres que realizaban abdominales como terapia rehabilitadora recuperaban peor el suelo pélvico que las que no los practicaban. En 1980 las denominó «aspiración diafragmática», cuyo objetivo inicial era buscar una técnica de fortalecimiento muscular que fuese beneficiosa para la faja abdominal, pero sin efectos negativos sobre el suelo pélvico y a partir de ellas se constituyó la gimnasia abdominal hipopresiva. En 2006 desarrolló las técnicas hipopresivas aplicadas al deporte y al fitness, denominándolas «hipopresivos dinámicos» o «Reprocessing Soft Fitness» (RSF). Existen diversos programas de gimnasia abdominal hipopresiva en función del objetivo y de la persona. Los programas para fitness y deporte se catalogan en RSF Reprocessing Soft Fitness (dinámicos, sexo,

pareja y dance) y Reprocessing Speed Fitness. La GAH engloba ejercicios posturales que buscan la disminución de la presión intraabdominal; además, son ejercicios respiratorios asociados a un ritmo concreto marcado por el terapeuta.

Por lo tanto, los ejercicios hipopresivos nacen como una alternativa a los métodos tradicionales para tonificar la musculatura de la faja lumbopélvica sin presionar las estructuras y órganos internos. El método hipopresivo se caracteriza por englobar ejercicios posturales sistémicos que buscan la disminución de la presión intraabdominal. Lo importante es la reducción de presión en todas las cavidades del espacio barométrico: la abdominal, la torácica y la perineal.

## Principios técnicos para la realización de los ejercicios hipopresivos

Existen una serie de signos anatómicos asociados a la correcta ejecución técnica y que delatan el efecto hipopresivo como son: apertura del arco costal, movilización del ombligo hacia dentro y hendidura en las fosas claviculares. (Ver figura 2 y 3)



Figura 2. Abertura del arco costal y hundimiento abdominal

Con la aparición de estos signos anatómicos el efecto hipopresivo estaría activado según describe Caufriez. Las pautas técnicas para la realización del ejercicio según Caufriez son:

- Autoelongación: Estiramiento axial de la columna vertebral para provocar una puesta en tensión de los músculos espinales profundos y músculos extensores de la espalda.
- Doble mentón: Empuje del mentón hacia dentro traccionando de la coronilla hacia el techo, con el fin de rectificar la curva cervical.
- Decoaptación de la articulación glenohumeral: Se provoca realizando una abducción de las escápulas y con activación de los músculos serratos.
- Adelantamiento del eje de gravedad: Desequilibrio del eje anteroposterior que implica variación del centro de gravedad en dirección ventral, el peso del cuerpo se dirige a las puntas de los dedos de los pies.
- Respiración costo diafragmática: Durante la «fase de inspiración normal» se incrementa el volumen de la caja torácica y se reduce la presión dentro de ella por la apertura de las costillas hacia fuera y arriba, aumentando el



Figura 3. Hendidura en las fosas claviculares



diámetro transversal y anteroposterior de la misma, lo que permite la expansión pulmonar y la entrada del aire. El músculo motor principal es el diafragma, que se aplana en dirección caudal y agranda la caja torácica; en menor grado actúan los músculos intercostales laterales, elevando las costillas y generando un ensanchamiento de la caja torácica en dirección anteroposterior y transversal. El músculo esternocleidomastoideo y los músculos serratos anteriores y posteriores pueden ayudar a esta acción creando una «inspiración forzada».

La «expiración tranquila o normal» es un proceso pasivo que comienza cuando se relajan los músculos inspiratorios disminuyendo la cavidad torácica junto a la retracción elástica del tejido pulmonar.

En la «expiración forzada» se contraen los músculos espiratorios (intercostales internos y abdominales: transversal, oblicuo menor y mayor y recto abdominal) que empujan los órganos abdominales contra el diafragma relajado, aumentando su forma de cúpula y disminuyendo por tanto el diámetro de la cavidad torácica.

- **Apnea espiratoria:** Espiración total de aire con apnea mantenida (entre 10 y 25 segundos según nivel). En esta fase se añade una apertura costal simulando una inspiración, pero sin aspiración de aire, junto con un cierre de la glotis. El diafragma, durante la fase de apnea espiratoria, se relaja y es succionado como consecuencia de la apertura costal y elevación de la caja torácica. La relajación tónica del diafragma consigue la disminución de la presión torácica y abdominal.



Cada postura articular incluida en los ejercicios ha sido diseñada para facilitar la acción hipopresiva y poder ejercitarse al máximo de las posibilidades articulares.

La repetición diaria de los ejercicios, debido a la situación postural, crea a largo plazo nuevos esquemas propioceptivos.

Los ejercicios se realizan con un ritmo lento y respiración pausada por el terapeuta o monitor:

Inspiramos por la nariz y exhalamos con la boca abierta como si quisiésemos empañar un cristal.

Realizamos 3 respiraciones de este tipo, y en la tercera respiración, una vez que hayamos exhalado todo el aire, realizamos la apnea mencionada anteriormente.

La sesión de Gimnasia Abdominal Hipopresiva dura entre 20 minutos y una hora. Las posturas se repiten un máximo de 3 veces.

### Errores más comunes

Los ejercicios hipopresivos deben cumplir los fundamentos técnicos descritos anteriormente que conviene verificar para asegurar que realmente disminuyen la presión y provocan los efectos posturales que se persiguen.

Una pequeña modificación en la descripción y realización de los ejercicios puede proporcionar una alteración de los resultados o fines perseguidos, por ello es importante buscar la ayuda de un profesional.

El error más común es el de realizar una contracción abdominal voluntaria para intentar conseguir el hundimiento del abdomen, pero la técnica hipopresiva no requiere una contracción del abdomen sino una acción voluntaria de la musculatura inspiratoria como se ha descrito. Esto provocaría el efecto visual tan llamativo del hundimiento abdominal mucho más pronunciado que una maniobra de contracción abdominal.

### Recomendaciones previas a la hora de hacer ejercicios hipopresivos

- El mejor momento para hacer ejercicios hipopresivos es por las mañanas.
- Hay que evitar hacer hipopresivos antes de ir a dormir, ya que podemos tener problemas para conciliar el sueño.
- Tampoco es recomendable hacerlos después de comer o tras una comida copiosa.
- Es aconsejable vaciar la vejiga antes de hacer abdominales hipopresivos e ingerir algo de líquido.
- Muy importante mantener en todo momento la postura correcta y aprender a entrenar la respiración.

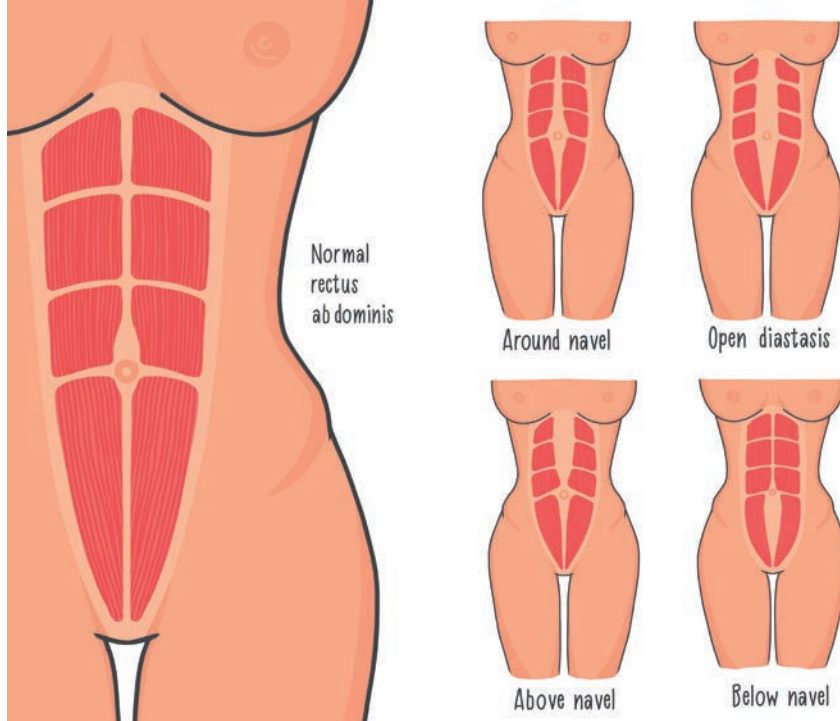
### Beneficios

- Prevenir de hernias discales, inguinales y umbilicales.
- Prevenir el debilitamiento del suelo pélvico en el postparto.
- Evitar el descenso de los órganos pélvicos y la incontinencia urinaria en las mujeres.
- Mejorar la postura y el equilibrio.
- Proporcionar una eficaz protección lumbopélvica mediante la tonificación de la faja abdominal.
- Mejorar el control respiratorio.
- Aumenta el rendimiento deportivo.
- Reducir el perímetro abdominal, aportando mejoras estéticas, posturales y funcionales.

### Contraindicaciones

- Hipertensión arterial.
- Embarazo: La práctica de ejercicios hipopresivos podría desencadenar contracciones uterinas y provocar el parto prematuro o un aborto natural.
- Postparto inmediato (Es conveniente abstenerse de practicar ejercicios hipopresivos hasta pasadas 6 semanas del parto.)
- Problemas articulares a nivel de cadera, rodillas u hombros.

# Diástasis abdominal, ¿qué hacer?



*Erika Uriona Ariño. Fisioterapeuta. Zaragoza.*

*Gema Galindo Morales y Susana Sánchez Navarro. Fisioterapeutas Atención Primaria Sector III Zaragoza.*

*Irene Revilla Mata. Fisioterapeuta. Zaragoza*

**¿Conoces tu abdomen? Desde el plano profundo al superficial, la musculatura abdominal cuenta con el músculo transversal del abdomen, los músculos oblicuos y, por último, los rectos del abdomen.**

Los rectos abdominales son dos músculos que se extienden de forma longitudinal desde las costillas al pubis y están unidos en el centro por la llamada línea alba. Esta línea alba, de color blanquecino y formada por tejido conjuntivo, mantiene los rectos abdominales unidos y es capaz de distenderse durante los movimientos del tronco u otras situaciones como por ejemplo el embarazo. Cuando la línea alba se debilita (con o sin rotura), los rectos abdominales se separan en mayor o menor grado: es la diástasis abdominal.

## ¿Qué causa la diástasis abdominal?

La distensión o rotura de este tejido puede producirse tras un gran estiramiento de la pared abdominal durante el embarazo o en personas con obesidad.

También puede deberse a un aumento de tensión repetida en la zona por la realización de ejercicios hiperpresivos (abdominales tradicionales, elevación de cargas) o esfuerzos repetidos (estreñimiento, tos crónica...).

## ¿Cómo identificar la diástasis abdominal?

Los síntomas que pueden manifestarse dependen del grado de diástasis:

- **Síntomas estéticos:** separación visible entre los músculos rectos abdominales y abdomen abultado.

- **Síntomas lumbares y pélvicos:** inestabilidad lumbar y pélvica, dolor lumbar, debilidad de suelo pélvico y mayor riesgo de prolapsos e incontinencia urinaria.

- **Síntomas digestivos:** malas digestiones, hinchazón abdominal, acumulación de gases o aparición de hernias abdominales.

## ¿Qué hacer si existe sospecha de diástasis abdominal?

Ante una sospecha de diástasis abdominal es importante acudir al médico de familia y al fisioterapeuta para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento individualizado, que dependerá del tipo de diástasis y del grado de separación de los rectos abdominales.

Nos encontramos dos tipos de diástasis:

- **Diástasis funcional.** La línea alba está debilitada. La contracción del abdomen produce un cierre de los rectos abdominales. En este caso el tratamiento más efectivo será la reeducación activa.

- **Diástasis anatómica.** La línea alba está rota. La activación del abdomen no es suficiente para producir un cierre de los rectos abdominales. En estos casos la reeducación activa no suele ser suficiente y puede requerir cirugía (abdominoplastia).

## ¿Qué puedes hacer en caso de confirmarse el diagnóstico?

Los objetivos de la reeducación activa son :

1. Identificar los hábitos de la vida diaria que provocan hiperpresión abdominal y por tanto favorecen la diástasis (hábitos presivos) y modificarlos para que tengan el menor impacto posible sobre el abdomen y el suelo pélvico.

2. Reforzar de forma activa la musculatura abdominal (transverso del abdomen) para lograr el cierre de los rectos mediante diferentes técnicas: hipopresivos, Pilates, ejercicios de Kegel o reeducación postural propioceptiva perineal (5P). El fisioterapeuta será el profesional que pautará lo más adecuado en cada caso.

## Recomendaciones en caso de diástasis abdominal

- Evitar el estreñimiento con una correcta hidratación y alimentación, y aprender una correcta mecánica defecatoria.
- Al toser o estornudar, reforzar la zona abdominal con las manos para proteger el abdomen durante el esfuerzo.
- Evitar realizar ejercicios abdominales clásicos y deportes de gran impacto sobre el suelo pélvico (correr, saltar) al inicio del tratamiento.
- Levantarse desde la posición tumbado poniéndose previamente de lado (sin incorporar de frente). Lo mismo para pasar de sentado a tumbado.
- Utilizar la contracción activa de la faja abdominal al levantar pesos procurando flexionar las rodillas y no el tronco hacia delante. Evitar objetos muy pesados.
- Si se utiliza faja abdominal recordar que es muy importante utilizarla solo en momentos de gran esfuerzo y nunca de forma continuada, ya que nunca puede sustituir a nuestra propia faja abdominal.



# Claves de una dieta vegana



Irene Lezcano Sánchez  
Dietista-Nutricionista  
Nº Col. ARAOO263



**La dieta vegana es un tipo de alimentación basada en eliminar cualquier producto que provenga de un animal. Este tipo de alimentación, Plant based, es una decisión dietética tomada principalmente por motivos éticos y ambientales. Un tipo de dieta que ha aumentado en los últimos años: en un estudio realizado por Lantern en 2019 se observó que las dietas veggies aumentaron en un 27% entre los años 2017 y 2019<sup>1</sup>.**

Para evitar que este tipo de alimentación sea monótona o deficitaria en algún nutriente, es necesario que aquella persona que la realice se informe a través de fuentes de calidad o acuda a un profesional.

## En primer lugar, ¿una dieta vegana tiene carencias nutricionales?

Una dieta vegana, como cualquier otro tipo de alimentación, bien planificada, no conlleva ningún tipo de carencia nutricional. Como afirma la Asociación Americana de Dietética (ADA) este tipo de opciones dietéticas bien planificadas son aptas para todas las etapas del ciclo vital incluyendo el embarazo, la lactancia, la infancia y la adolescencia y a los deportistas<sup>2</sup>.

## ¿Es más saludable?

No es más saludable que otro tipo de alimentación per se. Lo saludable es llevar una dieta adecuada a nuestro estilo de vida y necesidades, independientemente de nuestra decisión dietética.

## ¿Qué incluye?

Como base de una alimentación saludable y equilibrada incluye los siguientes grupos de alimentos:

- Frutas, verduras y hortalizas, fuente de vitaminas y minerales.
- Cereales integrales y tubérculos, aportan carbohidratos.
- Frutos secos y semillas, contienen grasas saludables, proteínas, vitaminas y minerales.
- Aceites, priorizando aquellos de buena calidad.
- Legumbres, interesantes por su aporte de proteína, carbohidratos y otros nutrientes.
- Alternativas como el tofu, seitán, bebidas vegetales... que aportan proteínas e incluso pueden estar fortificados con vitaminas y minerales.

## ¿Qué es lo que excluye?

- Carnes y embutidos
  - Pescados y marisco
  - Lácteos
  - Huevos
  - Miel y otros productos de las abejas.
  - Y otro tipo de ingredientes como la gelatina y aditivos que son de origen animal:
- A la hora de elegir un producto procesado puede contener aditivos que provengan de animales, una opción es elegir productos certificados con el sello "vegano" ya que garantizan la ausencia de derivados animales. Como en cualquier otro tipo de alimentación, es importante excluir aquellos productos ultraprocesados con un elevado contenido en grasas saturadas, azúcares y sal.

## ¿Qué ventajas proporciona este tipo de alimentación?

Además, de las razones medioambientales y animalistas que este tipo de dieta conlleva, a nivel nutricional se ha visto que<sup>2</sup>:  
En una revisión se asoció una dieta vegetariana con menor riesgo de cardiopatía isquémica; niveles más bajos de colesterol; tasas más bajas de hipertensión y de diabetes mellitus

tipo 2 que los no vegetarianos. Además, se observó un IMC (Índice de Masa Corporal) más bajo y menor índice en algunos tipos de cáncer.

## ¿Qué factores hay que tener en cuenta?

La suplementación con Vitamina B12 es obligatoria, (tanto en vegetarianos como veganos) ya que un déficit de esta vitamina tiene consecuencias graves en la salud.

Una estrategia para mantener unos niveles de ácidos grasos omega-3 adecuados es reducir el consumo de aceites ricos en omega-6 y aumentar la ingesta de ALA (ácido alfa-linolénico) al día (1-1,5 g).

Es conveniente prestar atención a micronutrientes como el hierro, zinc, yodo y calcio. En algunos casos los niveles que requieren los veganos pueden ser superiores a los de una persona no-vegana o que su biodisponibilidad se vea comprometida.

Vitamina D en el caso de una baja exposición solar (como puede ocurrir con otro tipo de alimentación) y no tomar alimentos fortificados, se debe valorar la suplementación.

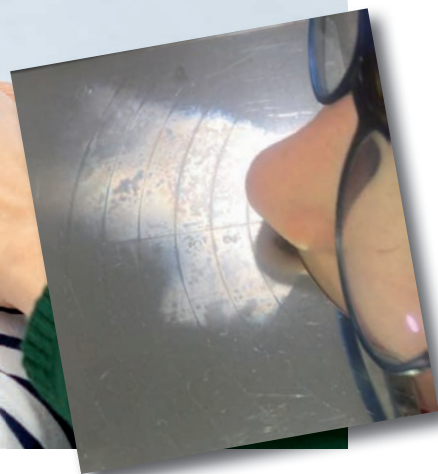
Como conclusión, la dieta vegana es un tipo de alimentación saludable, sin embargo, la desinformación puede conllevar el riesgo de tener un déficit nutricional que provoque problemas de salud a largo plazo.

## Bibliografía

Lantern. (2019). The Green Revolution 2019: Entendiendo la expansión de la ola veggie. Obtenido de Lantern: <http://www.lantern.es/papers/the-green-revolution-2019>

Craig WJ, Mangels AR; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. J Am Diet Assoc. 2009 Jul;109(7):1266-82. doi: 10.1016/j.jada.2009.05.027. PMID: 19562864.

# Respiración oral desde la logopedia



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

**Amaia Salbarredi Lazcano.** Logopeda especialista en Daño Neurológico y Terapia Miofuncional Orofacial. N° Colegiado 480543

## Hablamos del modo respiratorio cuando atendemos a la forma con la que ingresa el aire durante la inspiración.

Un modo respiratorio nasal es aquel en el que el aire es ingresado por la nariz, con la cavidad oral cerrada. Para considerar un patrón respiratorio adecuado, se utiliza la nariz y la entrada-salida de aire es silente. Los labios permanecen cerrados, la lengua alta y apoyada en el paladar.

La función de la nariz no solo está en la respiración o en la olfacción, sino que cumple otras muchas funciones como actividades antimicrobianas, filtración, humidificación o calentamiento del aire.

Dicho patrón respiratorio nasal predispone a la regularidad de las funciones orofaciales (succión, deglución, masticación y habla) y a un adecuado crecimiento y desarrollo muscular-esquelético de la región orofacial, en edad infantil. En adultos, dicho equilibrio de presiones y el desempeño correcto de las

funciones, garantiza la estabilidad de las estructuras ya modeladas.

Opuesto al modo respiratorio nasal, encontramos la respiración oral, en la que la persona tiene la cavidad oral abierta en inspiración. La entrada de aire en ciertas situaciones como el habla, canto o diversas actividades deportivas, suele ser oral u oronasal y se considera normal. Fuera de estas actividades, supone una manera inadecuada de respirar, pudiendo ocasionar diversas alteraciones.

Si una persona respira por la boca más del 6% de su día a día durante más de 6 meses (actividad no verbal y no deportivas), se considera respiradora oral. Cuanto más se eleve ese porcentaje con el ingreso de aire por boca, más severa será la alteración.

El enfoque para cualquier tratamiento debe pasar por la comprensión de su etiología.

## ¿Por qué se convierte la respiración nasal en oral? ¿Cuándo se convierte una persona en respiradora oral?

Puede establecerse a partir de causas inflama-

torias (rinitis, sinusitis), infecciosas (resfriado común, alergias), anatómicas (desviaciones del septo nasal, hipertrofia de cornetes, hipertrofia de amígdalas faríngeas y palatinas) u otras causas (flacidez y baja actividad muscular de la región orofacial, malformaciones congénitas, daño neurológico, factores psicoemocionales o alimentares, etc.). Las causas, por lo tanto, pueden ser exógenas y endógenas, y funcionales u orgánicas.

## ¿Cuáles son las consecuencias de respirar por boca?

Una persona con respiración oral puede presentar alteraciones musculares (hiperfuncionalidad e hipofuncionalidad) y de las funciones estomatognáticas (masticación ineficiente, deglución con interposición lingual, habla imprecisa, exceso de saliva), alteraciones craneofaciales (crecimiento facial vertical predominante, dimensiones faciales transversales estrechos como paladar estrecho y alto), alteraciones dentarias (sobremordidas o resaltes, mordida abierta anterior, mordida



cruzada, apiñamiento dentario, mayor incidencia de caries), alteraciones corporales (cabeza anteriorizada, aumento de la lordosis cervical y lumbar, escápulas aladas, pies planos), dolores en distintas regiones del cuerpo (cervical, lumbar, orofacial), cefaleas, halitosis, labios resacos, tendencia a desarrollar infecciones (amigdalitis, otitis), alteraciones de sueño, irritación, fatiga, insomnio, ansiedad, enuresis, etc.

### ¿Cuál es la función del logopeda especialista en Motricidad Orofacial en relación a la respiración oral?

Desde la especialidad logopédica de Motricidad Orofacial, se realiza una anamnesis enfatizando las preguntas relacionadas con la salud respiratoria, medicación, episodios de otitis, calidad del sueño, hábitos orales lesivos que supongan cambios en la oclusión dental, alimentación, etc. Posteriormente se lleva a cabo una valoración postural y de la morfología orofacial. Se hacen pruebas de permeabilidad nasal, pruebas de Glatzel, de Rosenthal. Se evalúan las funciones orofaciales (deglución, masticación, etc.) dada su interrelación. Pueden aplicarse pruebas com-

plementarias derivando a otros profesionales si fuese necesario (pediatría, odontología, otorrinolaringología, neumología, etc.).

El objetivo final será obtener unos objetivos de intervención de acuerdo con la evaluación y el diagnóstico realizado. Dichos objetivos varían de caso a caso. Por ejemplo, en los casos de etiología orgánica podrá requerirse un tratamiento médico-quirúrgico previo al tratamiento logopédico.

### ¿Cuál sería la actividad terapéutica más adecuada?

Desde la logopedia se puede actuar y ofrecer un tratamiento dirigido a restablecer o normalizar la función respiratoria.

Tratar de equilibrar la musculatura extraoral del tercio medio e inferior de la cara, y la intraoral de la cavidad oral y faringo-laríngea. Enseñar al paciente a realizar una correcta higiene nasal (sueroterapia, masaje, inhalaciones), a aumentar la percepción de nariz con y sin obstrucción, a realizar entrenamiento muscular orofacial basados en la evidencia (sin producir compensaciones y tensión muscular innecesaria), a realizar estimulación olfativa, automatización y generalización el

modo respiratorio nasal realizando incluso un plan de trabajo que abarque tanto la familia como la escuela (en el caso de los pacientes infantiles) y en ámbito laboral, social y otras rutinas de la vida diaria (en el caso de los adultos).

Pero fundamentalmente, la logopedia reeduca la respiración nasal junto a otras funciones orofaciales (masticación, deglución, habla) que en mayor o menor medida pueden estar alteradas debido a la respiración oral.

La respiración se considera una función prioritaria. Podemos estar unos minutos sin masticar, tragar y hablar, pero no sin respirar. Está científicamente comprobada la interacción entre el modo respiratorio, el desarrollo de estructuras craneofaciales y la postural corporal. Es por todo ello por lo que se debería prevenir la respiración oral, y reconocer las señales que delatan su presencia con el fin de realizar acciones preventivas y correctoras. La respiración nasal supone una mayor calidad de vida, condiciona el desarrollo del sistema estomatognático y mantiene en equilibrio a todo el organismo.



Puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web  
revista digital + 6.245.733 visitas en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

**Revista:** 1 página interior (200 €), 1/2 página (150 €), 1 faldón (100 €) [Precios/Nº + IVA]

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

+ información: <https://zonahospitalaria.com/como-anunciarse/>

[aragon@zonahospitalaria.com](mailto:aragon@zonahospitalaria.com)



# Anemia ferropénica en mujeres menopáusicas

*Marta López Pérez, Gema Boloix Peiró, Cristina Gargallo Martínez. MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Cs Teruel Ensanche y Cs Teruel Centro.  
Miguel Sánchez Ortiz. MIR Geriatria Hospital San José Teruel*

**La OMS define la anemia como el descenso del nivel de hemoglobina dos desviaciones estándar por debajo de lo normal para la edad y el sexo. En términos prácticos podemos adoptar las cifras de 12 g/dl en las mujeres.**

La anemia ferropénica definida como la disminución de contenido corporal de hierro, es la causa más frecuente de anemia. Ocurre cuando las pérdidas o requerimientos superan al aporte dietético y afectan al 30% de la población mundial, con una distribución e incidencia desigual en los diferentes grupos poblacionales: 5% de niños y adolescentes, 10% de las mujeres premenopáusicas y un 1% de los varones.

La causa más frecuente de anemia ferropénica en las mujeres premenopáusicas es el aumento de las pérdidas menstruales y en las mujeres posmenopáusicas son las pérdidas digestivas, siendo las necesidades de una mujer postmenopáusica de 1 mg/día.

## Causas

- **Pérdida de sangre:** Las principales causas son las alteraciones gastrointestinales, como el cáncer de colon (10%), pólipos (30%), lesiones vasculares y úlceras, también encontramos pérdidas urogenitales y procesos iatrogénicos
- **Malabsorción:** Sprue celiaco, enfermedad de Crohn, gastritis crónica atrófica, posterior a resecciones gástricas o intestinales, y fármacos (ej.: Antiácidos)
- **Aporte inadecuado:** Dieta vegetariana.

## Tratamiento

El tratamiento dependerá de la severidad y de la causa de la anemia. Las mujeres con síntomas severos e inestabilidad cardiovascular necesitarán transfusiones. El tratamiento con hierro se puede hacer por vía oral o intravenosa.

La terapia oral con hierro será útil en la paciente estable. Las presentaciones de hierro son variadas, tanto por su compuesto como

por la cantidad de hierro elemental. El tratamiento más adecuado es aportar una dosis de hierro elemento como mínimo de 60 mg/día. La ferroglicina sulfato es mejor tolerada, y se absorbe en mayor cantidad, fundamentalmente en el duodeno y yeyuno, y en un 15 a un 30%, Siendo la dosis un comprimido al día (100 mg/día).

Los efectos adversos de la terapia con hierro oral se presentan en el 15 al 20% de los pacientes. Los principales efectos adversos son náuseas, gusto metálico, pirosis, malestar intestinal, diarrea/estreñimiento.

Las indicaciones de tratamiento con hierro intravenoso son: inadecuada absorción gastrointestinal del hierro, intolerancia, requerimiento suplementación urgente, anemia severa y contraindicación para la transfusión. Los efectos adversos pueden ser desde una reacción anafilactoide, hasta artralgias, rash y fiebre en días posteriores a la administración del hierro.



## 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](mailto:aragon@zonahospitalaria.com)**



# Dolor testicular, enfermedades más comunes

*David Corbatón Gomollón. F.E.A Urología. Hospital Royo Villanova.  
 Víctor Galve Lahoz. F.E.A Urología. Hospital Ernest Llull.  
 Ana Aldaz Acín. Médico Residente Urología. Hospital Miguel Servet*

**Los testículos son, junto con el pene, los órganos reproductivos en el varón. Sus funciones incluyen la formación de espermatozoides y la síntesis de testosterona. La aparición de dolor en los testículos puede deberse a numerosas causas. En la mayoría de ocasiones se debe a una patología benigna y no grave, pero es interesante hacer un breve resumen de las principales patologías que cursan con dolor testicular.**

**1. Varicocele:** se trata de dilatación varicosa de las venas que drenan la sangre de los testículos. Aparece generalmente en edad adulta y de forma gradual, el testículo conserva tamaño y consistencias normales y la palpación del escroto se notan las venas varicosas blandas. Habitualmente aparece en el testículo izquierdo y el dolor mejora al llevar slip o calzoncillo ajustado con los testículos elevados. Es una patología benigna.

**2. Hidrocele:** se trata de acúmulo de líquido entre las capas escrotales. Aparece de forma gradual y en edad adulta, el testículo muchas ocasiones no es palpable al estar rodeado de líquido. El escroto se presenta terso, dilatado y blando a la palpación. Habitualmente es unilateral y el dolor mejora con la elevación de los genitales. Es una patología benigna. La solución definitiva es quirúrgica: cirugía a través del escroto.

**3. Orquiepididimitis:** inflamación y tumefacción del epidídimo y testículo de causa infecciosa. Aparece generalmente en mayores de 30 años de forma aguda en uno o pocos días. El testículo aumenta de tamaño y consistencia y es muy doloroso a la palpación. Habitualmente el dolor testicular se acompaña de irritación al miccionar, mal estado general y fiebre. Se trata de una enfermedad benigna, aunque en ocasiones de fiebre elevada puede requerir ingreso hospitalario. El tratamiento es antibiótico.

**4. Torsión testicular:** rotación del cordón espermático que interrumpe la vascularización venosa y arterial del testículo. Aparece de forma brusca en adolescentes y adultos jóvenes. El dolor es de gran intensidad y a menudo la exploración resulta imposible. Puede acompañarse de aumento de tamaño y consistencia, aunque no siempre ocurre. El diagnóstico definitivo se realizará con ecografía urgente. Se trata de una patología grave que requiere cirugía urgente (detorsión del testículo en quirófano).

**5. Tumor testículo:** habitualmente cursa como un aumento de tamaño de un testículo de forma gradual y de consistencia muy dura, pétreo. Tiene dos picos poblacionales de incidencia: entre los 30-50 años y a partir de los 75 años. El dolor es en la mayoría de ocasiones muy leve o ausente y no suele tener otros síntomas acompañantes. Es una enfermedad maligna y la causa menos frecuente de dolor testicular. El tratamiento es cirugía programada: exéresis del testículo.

Se recomienda que todas las situaciones de dolor testicular sean valoradas por un facultativo, inicialmente su médico de Atención Primaria y, si su médico lo considera oportuno, por un especialista de Urología. No obstante, existen situaciones en las que es recomendable acudir al servicio de Urgencias:

- Dolor de intensidad muy elevada, no alivia con analgesia oral
- Asociado a mal estado general o fiebre de  $>38^{\circ}\text{C}$

Las principales características de las patologías descritas se reflejan en la siguiente tabla:

|                    | Edad                       | Inicio dolor | Intensidad | Exploración                             |
|--------------------|----------------------------|--------------|------------|-----------------------------------------|
| Varicocele         | Adulta                     | Gradual      | +          | Consistencia normal, venas varicosas    |
| Hidrocele          | Adulta                     | Gradual      | +          | Escroto distendido, terso, tacto blando |
| Orquiepididimitis  | $>30$ años                 | Agudo, días  | ++         | Tamaño y consistencia aumentados        |
| Torsión testicular | Adolescente y adulto joven | Brusco       | +++        | Imposible realizar por intenso dolor    |
| Tumor testicular   | 30-50 y $>75$              | Gradual      | +/-        | Bulto de consistencia pétreo            |

# Bruxismo. Abordaje fisioterapico

*Beatriz Macipe Gascón, Natividad Losada Estella y Raquel Carneiro Lázaro. Fisioterapeutas del Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico Lozano Blesa.*

*Paula Esteruelas Cuartero. Fisioterapeuta del Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia*

**En situaciones de alta carga emocional o estrés, nuestro cuerpo busca una manera de liberarse de esa sobrecarga. Una de las formas que tiene nuestro cuerpo de eliminar ese estrés es por la noche, mientras dormimos, que aparece una contracción máxima de los músculos de la mandíbula, llamado bruxismo.**

Esto provoca una sobrecarga en la articulación y sus correspondientes molestias.

Aunque es normal que el bruxismo dé la cara mientras duermes, éste también puede aparecer cuando estamos despiertos.

Se define el bruxismo como un trastorno del movimiento del sistema masticatorio, caracterizado por el apriete y rechinar de los dientes, tanto durante el sueño como durante la vigilia. Se trata de un hábito que no persigue ninguna funcionalidad y que es realizada de manera inconsciente e involuntaria por las personas que lo padecen.

El bruxismo diurno puede producirse de manera aislada o concomitante con el nocturno, aunque suele caracterizarse más por el rechinar provocado por contracciones que conllevan a una lateralidad en la articulación temporomandibular (ATM); mientras que, en el bruxismo nocturno, se observan ambos fenómenos tanto el apriete (contracciones isométricas) como el rechinar.

El bruxismo nocturno, se caracteriza por intensos episodios con una duración de hasta 5 minutos y en una periodicidad de 90 minutos a lo largo del ciclo del sueño, coincidiendo,

normalmente, con el paso de una fase más profunda del sueño a una más superficial.

## Signos y síntomas

La clínica del bruxismo es muy variada y puede cambiar en función del paciente, aunque los signos y síntomas más frecuentes son los siguientes:

- **Dolor:** tanto en los músculos masticatorios como cervicales, produciendo dolores referidos de cabeza en forma de cefaleas, migrañas, dolor de ojos o problemas de vista, dolor o pitidos en los oídos y mareos.
- **Hipertrofia muscular de los masticadores:** por hiperactividad de los maseteros, pterigoideos y temporales.
- **Disfunciones temporomandibulares:** dolor o dificultad al masticar, parálisis en la mandíbula o limitación de movimientos en la misma, chasquidos o sonidos crepitantes al abrir y cerrar la boca, mala mordida.
- **Desgaste dental.**
- **Hipersensibilidad dental.**
- **Trastornos del sueño, estrés, ansiedad y depresión:** estos síntomas son frecuentes en los pacientes con bruxismo, aunque, no se sabe con exactitud si son la causa o el síntoma del trastorno.

## Etiología

Actualmente, se desconoce la etiología principal que provoca el bruxismo, considerándose de origen multifactorial. Entre las diferentes hipótesis que se plantean como causa de la patología, destacan:

- **Factores anatómicos:** se refieren a las

alteraciones en la oclusión dental y a anomalías articulares y óseas de la ATM y a nivel cervical. A pesar que tradicionalmente, se consideraba esta causa la principal generadora del bruxismo, en la actualidad, se le atribuye menor importancia, dándole más rigor científico a los siguientes factores.

- **Factores patofisiológicos:** se refieren a una química cerebral alterada o a la reacción adversa al uso de ciertas sustancias y medicamentos como la nicotina, el alcohol, consumo excesivo de cafeína, los neurolépticos, antidepresivos, antidopaminérgicos, catecolaminérgicos (como la Levodopa en pacientes con Parkinson), inhibidores de la serotonina y anfetaminas entre otros.

Así mismo, se ha observado que existen otros factores que influyen en la aparición del bruxismo como son: alteraciones cardíacas, infarto de los ganglios basales, parálisis facial, síndrome de Down, epilepsia, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, síndrome de Rett, posición supina durante el sueño en personas con reflujo gastroesofágico alterado (tienden a salivar más por cambios en el PH), trastornos del sueño y trastornos alimenticios.

- **Factores psicológicos:** se refieren a desórdenes psicosomáticos que influyen en la aparición del bruxismo como son la ansiedad, el estrés, la agresividad, problemas de personalidad, depresión y manía.

Hoy en día, se considera la principal causa del origen del bruxismo.

- **Factores genéticos:** se ha observado que entre el 20-64% de los pacientes con bruxismo



puede tener un familiar con la misma patología, por lo que es otra de las hipótesis que se manejan y que está en la actualidad en estudio.

### Tratamiento

Dado que no existe un consenso sobre la etiología del bruxismo y es considerada un desorden multifactorial, no existe un único tratamiento específico, para el abordaje de la patología, por lo que el tratamiento debe ser multidisciplinar entre odontólogos, médicos, fisioterapeutas y psicólogos entre otros.

Los objetivos, a grandes rasgos, van encaminados al tratamiento sintomatológico de manera conservadora, para evitar en la medida de lo posible los efectos adversos que se han mencionado anteriormente.

Tradicionalmente, el bruxismo se ha venido tratando por parte de odontólogos con el uso de férulas oclusales, las cuales han demostrado ser eficientes para evitar el desgaste dentario, disminuir el dolor y la fatiga muscular de los músculos masticatorios.

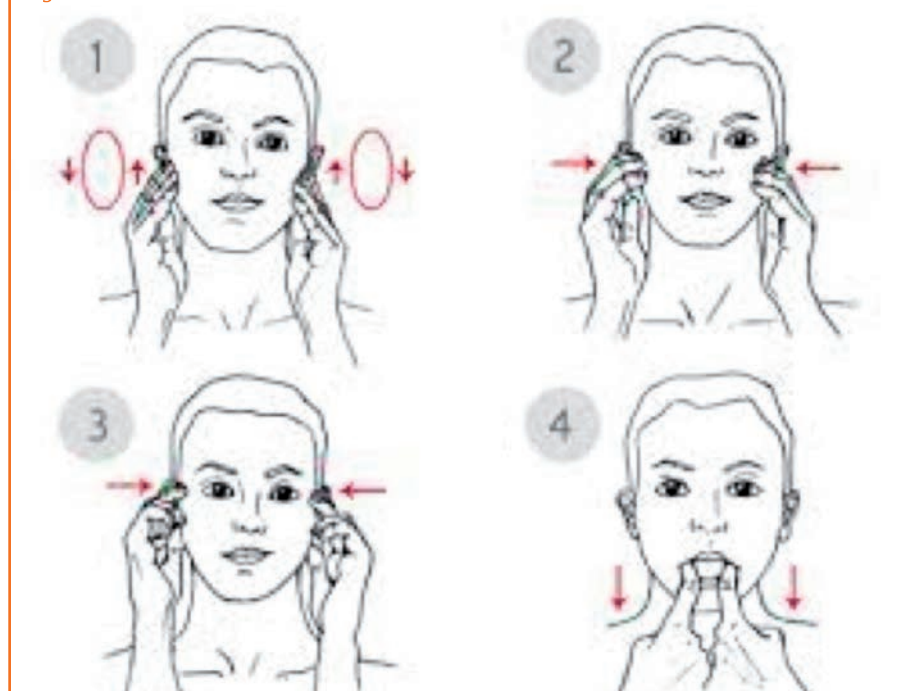
A nivel psicológico, se ha demostrado que técnicas de asertividad para la tolerancia del estrés, técnicas cognitivas-conductuales, ejercicios de relajación y cambios de hábitos de vida (no consumir alcohol, tabaco y cafeína), pueden favorecer la reducción de la sintomatología.

### Tratamiento fisioterápico

A nivel fisioterápico, se buscará principalmente, reducir los síntomas de los pacientes, provocándoles un restablecimiento del flujo sanguíneo local, una mejora en la función músculo-articular y disminuir su grado de dolor. Así mismo, se busca, aumentar la autoconciencia de los factores predisponentes y evitar la recidiva del proceso. Entre las técnicas más empleadas destacan:

- **Técnicas de terapia manual y osteopática de la ATM y de la región cervical:** se incluyen dentro de este grupo, la masoterapia tanto en la zona externa de la mandíbula como dentro

Figura 1



de la boca para profundizar más, la terapia miofascial, las movilizaciones y las manipulaciones. Se ha demostrado que estas terapias mejoran considerablemente los síntomas de los pacientes con bruxismo, provocándoles una mejora en la movilidad de la articulación y una relajación de los músculos implicados. (Ver Figura 1)

- **Estiramientos:** provocan un aumento del rango mandibular, disminuyendo a su vez, el grado de dolor y permitiendo un mejor posicionamiento de la mandíbula. Es importante enseñar al paciente a realizar los estiramientos por sí solo, para incrementar los resultados positivos de la terapia.

- **Punción seca:** donde conseguimos llegar más profundamente a los músculos pterigoideos.

- **Terapias de relajación muscular progresiva:** consisten en una serie de procedimientos que involucran la implementación de ciclos controlados de contracción y relajación de diferentes grupos musculares. Estas técnicas buscan promover la autoconciencia de la tensión muscular en actividades que son relevantes en la vida diaria.

- **Entrenamiento de la respiración diafragmática:** una buena respiración, facilitará la relajación y evitará la tensión y el estrés, por lo que es importante que el paciente tenga un buen control sobre su respiración.

- **Reeducación postural:** es importante que el paciente tome una conciencia biomecánica tanto a nivel postural como muscular para evitar, en la medida de lo posible una recidiva. Para ello diseñaremos un método de Reeducación Postural para corregir la postura del paciente y realizar una reeducación neuromuscular lo más completa posible, incluyendo técnicas de restauración de la función normal.

### Conclusiones

En muchos estudios realizados a lo largo de los años sobre el tratamiento de la articulación temporomandibular, se llega a la conclusión de que el mejor tratamiento para paliar el dolor y disminuir la tensión es combinar las técnicas de fisioterapia mencionadas anteriormente junto con férulas de descarga (preparadas por un odontólogo), que se utilizan durante la noche para evitar la máxima tensión de los músculos al apretar los dientes.



Puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web  
revista digital + 6.245.733 visitas en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

**Revista:** 1 página interior (200 €), 1/2 página (150 €), 1 faldón (100 €) [Precios/Nº +IVA]

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

+ **información:** <https://zonahospitalaria.com/como-anunciarse/>

[aragon@zonahospitalaria.com](mailto:aragon@zonahospitalaria.com)

# Impacto emocional en pacientes con heridas crónicas

**Ana María Sangüesa Lacruz y Elisa García Simón.**

*Enfermeras Internas Residentes de Geriátría. Hospital San José de Teruel.*

**Ana Mateo Abad.** *Enfermera especialista en Geriátría. Hospital San José de Teruel.*

**Dra. Carmen Oquendo Marmaneu, Dr. Miguel Sánchez Ortiz y Dr. Alberto López Las Heras.**

*Médicos Internos Residentes de Geriátría. Hospital San José de Teruel.*

**Dra. Marta González Eizaguirre.** *Facultativo especialista de Geriátría. Hospital San José de Teruel*

**Las enfermedades crónicas afectan a importantes aspectos de la vida de nuestros pacientes, ocasionando alteraciones físicas, sociales y psicológicas.**

Se define a las heridas crónicas por la pérdida de continuidad de la superficie epitelial con escasa o nula tendencia a la curación espontánea, la cual requiere períodos muy prolongados para su cicatrización, meses e incluso años, constituyendo un problema de salud importante, por la dificultad de su cicatrización, su tórpida evolución, por su alto gasto económico y lo más relevante, la disminución de la calidad de vida de quien la padece y de sus cuidadores.

La calidad de vida (CV) es un concepto subjetivo, por lo que cada persona responderá en razón a sus creencias, costumbres, hábitos y estilo de vida. En relación con la salud la CV, se entiende como: "el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud", así esta tendrá relación con la capacidad de poder realizar o no aquellas actividades básicas y cotidianas, o aquellas que uno considere importantes. El día a día de una persona con herida crónica,

se va a ver afectado en todos los niveles; A nivel físico, el dolor conlleva a tener un mayor grado de intranquilidad, dificultad de la movilidad, inflamación, pesadez de miembros inferiores, calambres, prurito, incapacidad, dependencia y alteración de la imagen corporal, todos ellos afectando al proceso de cicatrización y prolongando la cronicidad de las lesiones, y con ello una actitud menos optimista frente al proceso que enfrenta. A nivel del bienestar psicológico: a medida que se va cronificando la herida vamos entrando en un bucle negativo de ansiedad, depresión y desconfianza. Al igual que el aislamiento social, a causa del abundante exudado y mal olor, lo que conlleva a la soledad, angustia, disminuyendo progresivamente las relaciones con amigos y familiares, causando situaciones de repulsión y de rechazo por parte de sus seres cercanos. Cualquier persona puede padecer heridas, si bien, las personas mayores, por el aumento de fragilidad de la piel y la mayor posibilidad de padecer diversas enfermedades, suelen tener más riesgo, a la vez que también presentan mayores problemas asociados (mayor riesgo de infección, de retraso en la cicatrización, etc.) Es preciso un abordaje común y consensuado entre los diferentes profesionales de la salud y los cuidadores, para tratar de prevenir, primero, la aparición, y resolver de la mejor

manera posible la patología, en el caso de que se produzca.

Esta patología afecta no sólo a la piel o tejidos, sino a todo el entorno de la persona que lo sufre (dolor, aislamiento, ingresos hospitalarios...), siendo necesario tratar a la persona en su conjunto y no sólo actuar en la zona de lesión.

Así, será imprescindible el trabajo adecuado de un equipo multidisciplinar y hacer partícipe a la persona en su proceso de cuidado, para poder abarcar todos los aspectos y necesidades de cada paciente, siendo este un campo de acción para la enfermería. Algunos de los determinantes más importantes que se relacionan con la evolución positiva de la herida crónica, es el tiempo dedicado por el profesional de enfermería al tratamiento de las heridas. Siendo la educación y la formación de los profesionales uno de los puntos clave en el tratamiento de estas heridas para poder lograr el objetivo anhelado, la cicatrización.

Es esencial hacer hincapié en que el paciente con cualquier tipo de lesión debe ser visto como un ser holístico, que se toca, se siente, que tiene limitaciones y pérdida de autoimagen positiva con sus propias necesidades, donde el personal de salud debe ser neutro con el trato hacia estos pacientes, brindando confianza y lo más esencial, dar un cuidado humanizado.



# Demencia, información para el cuidador

Sofía Pascual Dena. Enfermera en Hospital de Barbastro

**La demencia es un término generalista, no una enfermedad como tal. Es un término que describe una amplia gama de síntomas asociados con el deterioro de la memoria y otras habilidades del pensamiento, que llegan a reducir la capacidad de una persona de realizar sus actividades diarias. Dentro del grupo de demencias, el Alzheimer es el causante de entre el 60-80%; seguido de la demencia vascular.**

Los síntomas varían mucho de una persona a otra. No se debe confundir demencia con senilidad o demencia senil. Se tiene la creencia incorrecta de que el deterioro mental es una consecuencia absolutamente normal del envejecimiento. Muchas demencias son progresivas, lo que significa que los síntomas comienzan lentamente y empeoran de forma gradual.

- **Etapa temprana:** esta primera etapa muchas veces es catalogada de forma incorrecta por profesionales, familiares y amigos como vejez o como algo normal en el proceso de envejecimiento. Por ser una enfermedad gradual es difícil de precisar el momento exacto de comienzo. La persona puede: tener dificultades con el lenguaje, tener pérdida de memoria significativa, especialmente reciente, estar desorientada en el tiempo, perderse en lugares conocidos, tener dificultad en tomar decisiones, carecer de iniciativa y motivación, manifestar señales de depresión y agresión, perder el interés por ciertas actividades y entretenimientos.

- **Etapa intermedia:** a medida que avanza la enfermedad los problemas se van haciendo más evidentes y restrictivos. Es incapaz de vivir sola sin problemas, no puede cocinar, limpiar o salir de compras, puede tornarse extremadamente dependiente, necesita ayuda para su higiene personal, ir al baño, lavarse y vestirse, tiene una acentuada dificultad con el habla, comienza a deambular y muestra otros comportamientos anormales, se pierde en la casa y en el barrio, incluso puede tener alucinaciones.

- **Etapa tardía:** es de total dependencia e inactividad. La persona puede: tener dificultades al comer, no reconocer a familiares, amigos y objetos conocidos, tener dificultad en entender e interpretar situaciones, perderse dentro de su propia casa, tener dificultades al caminar, tener incontinencia urinaria y fecal.

## Consejos para los cuidadores

- Establezca rutinas. pero mantenga las acciones habituales.
- Mantenga la independencia de la persona.
- Ayuda a mantener la autoestima y disminuya la carga que deberá soportar usted mismo.
- Ayude a mantener la dignidad de la persona.
- Evite discusiones.
- Simplifique las tareas.
- Conserve el buen humor.
- Estimule la salud física. El cuidador deberá observar y ser flexible en la planificación de actividades.
- Mantenga la comunicación. Hable claro, despacio, cara a cara y mirando a los ojos.

- Use ayuda-memoria. Exhiba fotos grandes, claras y con los nombres de familiares para que la persona los reconozca, ponga etiquetas en las puertas de las habitaciones con palabras y colores.
- Para algunos cuidadores la familia es la mayor fuente de ayuda, para otros es la mayor fuente de angustia. Dentro de lo posible, es importante aceptar ayuda de otros miembros de la familia, y no llevar la carga uno solo.
- Comparta sus problemas. Trate de aceptar ayuda cuando otro se la ofrezca. Trate de pensar con anticipación y tener a alguien a quien recurrir en caso de emergencia.
- Es esencial que tenga tiempo para usted. Esto le permitirá estar más tiempo con otras personas, disfrutar de su pasatiempo favorito... Conozca sus límites.
- No se culpe a usted mismo.
- Busque y tome asesoramiento. Grupos de ayuda o asociaciones suelen ser una buena opción para encontrar el apoyo necesario y ampliar información de estos pacientes.

El estrés personal y emocional del cuidador no solamente afecta al enfermo sino a toda la familia. La peor carga la lleva usted, el cuidador. El comprender y aceptar sus propias emociones le ayudará a manejar satisfactoriamente los problemas de la persona y los suyos. Y sobretodo, no dude en pedir ayuda cuando la necesite. Para cuidar a alguien primero hay que cuidarse a uno mismo.



## 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](mailto:aragon@zonahospitalaria.com)**

# Hemoptisis

*Sandra García Sáez. FEA Neumología. Hospital San Jorge.  
Elena Rivero Fernández. FEA Cardiología. Hospital San Jorge.  
Alba Hernández García. FEA Oncología. Hospital San Jorge.  
Kattalin Aspuru Rubio. FEA Digestivo. Hospital San Jorge.  
Daniel Andrés García. FEA Medicina Interna. Hospital San Jorge.  
Olga Rivas Calvete. Enfermera Unidad de Endoscopias. Hospital San Jorge.  
María Teresa Suelves Ferrer. Enfermera Residencia IASS Sagrada Familia de Huesca*

**Se define la hemoptisis como emisión por la boca de sangre proveniente del árbol traqueobronquial. Es un síntoma muy frecuente que puede deberse a distintas patologías. Se trata de una situación potencialmente grave que puede poner en riesgo la vida del paciente.**

## Etiología

Las bronquiectasias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las neoplasias malignas de pulmón, tanto primarias como metastásicas, son la principal causa de hemoptisis. La tuberculosis continúa siendo una causa muy importante en todo el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo. Entre otras causas menos frecuentes se encuentra el tromboembolismo pulmonar con infarto pulmonar, la estenosis mitral y enfermedades autoinmunes. En un porcentaje no despreciable de casos, sobre todo en pacientes fumadores, no puede establecerse con seguridad el origen del sangrado, lo que se denomina hemoptisis idiopática.

## Diagnóstico

**Evaluación inicial:** debemos comprobar que se trata de una hemoptisis y distinguir de otro tipo de sangrado, como expulsión de sangre procedente de tracto gastrointestinal (hematemesis), sangrado nasal o sangrado de encías durante la noche, que puede confundirse con una falsa hemoptisis. Es imprescindible cuantificar el sangrado para valorar la gravedad.

## Exploraciones complementarias:

- **Analítica:** permite descartar alteración de la coagulación que predisponga al sangrado

y que pueda ser reversible. Además, podemos valorar la necesidad de transfusión si el sangrado ha sido masivo

- **Radiografía de tórax:** puede sugerir la causa o identificar el pulmón o el lóbulo sangrante, aunque en un alto porcentaje de casos, la Rx de tórax puede ser normal.

- **TC de tórax:** debe realizarse en todos los pacientes con hemoptisis franca, en los pacientes con expectoración hemoptoica que presenten factores de riesgo de carcinoma broncogénico y en los que presentan alteraciones en la Rx de tórax. Es una herramienta muy útil, ya que permite el estudio del parénquima pulmonar y del mediastino, identificando la causa del sangrado; además, permite el estudio del árbol vascular y posibles variaciones anatómicas de la normalidad, proporcionando información muy importante a los radiólogos intervencionistas y cirujanos torácicos para el tratamiento.

- **Fibrobroncoscopia:** es una herramienta fundamental en la fase aguda del sangrado. Tiene varios objetivos: confirmación de hemoptisis, identificar la localización de la misma, diagnóstico de la causa y control del sangrado, ya que permite ocluir la luz bronquial con el propio broncoscopio o mediante globo de taponamiento, así como la instilación de adrenalina y otros fármacos de forma local.

## Tratamiento

### Medidas generales:

- Reposo en cama en decúbito lateral del lado afecto, para proteger el pulmón no afectado de la posible aspiración de sangre.
- Control de constantes (tensión arterial, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca) y

cuantificación de la hemoptisis.

- Control de la tos con administración de antitusígenos.
- Dieta absoluta para evitar una broncoaspiración y permitir la realización de pruebas urgentes.
- Reservar sangre y establecer vía venosa para hidratación y transfusión si precisa.

**Embolización:** es el tratamiento más seguro y eficaz para detener el sangrado en la mayoría de los casos. Está indicada en los pacientes con hemoptisis amenazante o recurrente. Se realiza mediante la cateterización de una arteria periférica y la progresión central hasta las arterias que se desee explorar. Cuando se identifica la zona vascular responsable del sangrado, se introduce un catéter en el vaso responsable y se colocan diferentes materiales (partículas calibradas de alcohol polivinílico, microesferas de polímero acrílico o espirales metálicas (coils), deteniéndose la hemorragia.

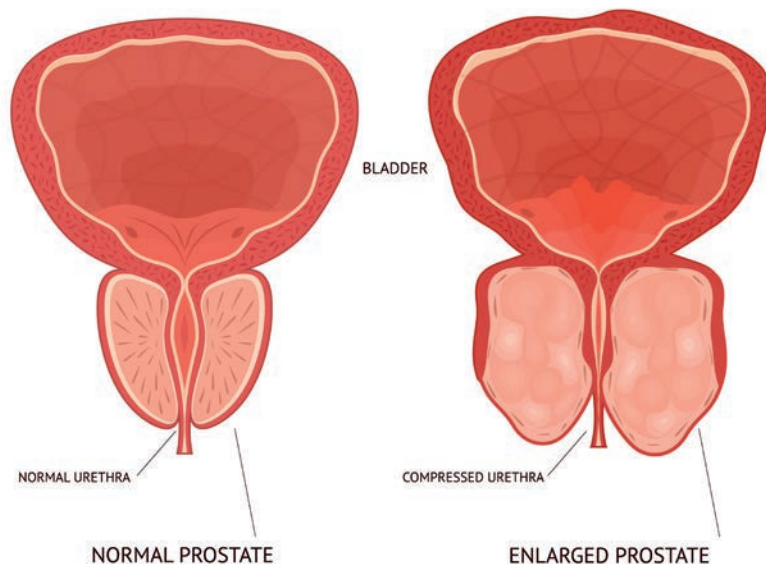
**Cirugía:** el tratamiento quirúrgico está indicado cuando la enfermedad de base es tributaria de cirugía para su solución (por ejemplo en tumores pulmonares en estadios iniciales). En otras ocasiones se plantea la cirugía como último recurso terapéutico para controlar la hemoptisis cuando han fallado las técnicas no quirúrgicas. La tasa de complicaciones y mortalidad es mucho más alta cuando la cirugía se realiza de forma urgente, disminuyendo en los pacientes en los que se consigue su control mediante embolización arterial y medidas de soporte que permitan diferir el tratamiento quirúrgico.



# Hiperplasia benigna de próstata

## Epidemiología, signos y síntomas. Tratamiento

*Paula Gayarre-Abril, Jorge Subirá Ríos, Jose Ignacio Hijazo-Conejos, Jesús García-Magariño, Pilar Medrano-Llorente, Francisco-Xavier Elizalde-Benito, Jorge Rioja-Zuazu, Manuel Ramírez-Fabián y Benjamín Blasco-Beltrán. Adjuntos especialistas del Servicio de Urología, y estadística del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*



### 1. Incidencia y epidemiología

La hiperplasia benigna de próstata es el tumor benigno más frecuente en el varón y la enfermedad prostática más incidente. Aparece en más de la mitad de los varones de 60 años y en el 80% de los ancianos. Es una de las principales causas de retención urinaria y la causa más común de sintomatología del tracto urinario inferior (STUI) siendo responsable de una alta demanda en consultas de urología y suponiendo la segunda causa de ingreso por intervención quirúrgica urológica.

El desarrollo de la glándula prostática comienza en la 4ª década de la vida, y es a partir de la 5ª década donde tiene lugar un aumento global y rápido de su volumen, a expensas de la edad y la presencia de hormonas androgénicas.

### 2. Signos, síntomas y diagnóstico

Los síntomas típicos del paciente prostático, son los denominados bajo el término de síntomas del tracto urinario inferior (STUI), compartidos con otras muchas patologías con las que es importante un claro diagnóstico diferencial (patología inflamatoria y neoplásica, litiasis, enfermedades neurológicas o tratamientos farmacológicos).

Los STUI pueden ser de tipo clínica obstructiva, también llamados síntomas de vaciado, manifestándose chorro débil, micción en regadera, chorro intermitente, retardo miccional, esfuerzo miccional o goteo terminal; clínica irritativa o síntomas de llenado, con urgencia, nicturia, frecuencia e incontinencia; o clínica mixta.

En diagnóstico clínico es fundamental una historia clínica detallada de signos y síntomas, frecuencia y tiempo de evolución de los mismos. A continuación, una exploración física mediante tacto rectal, y ecográfica, ambas, poco invasivas y disponibles, con frecuencia, en la consulta de urología. Otra prueba interesante que ayuda al diagnóstico es la flujometría, que mide el flujo miccional del paciente generando curvas de flujo posteriormente estudiadas, y cuyo resultado es concluyente en el diagnóstico de HBP con flujos pico inferiores a 12-15 ml/s.

La cistoscopia, que permite la visión directa de luz uretral, así como descartar patología con la que hacer diagnóstico diferencial, o la cistouretrografía miccional seriada (CUMS) de interés en la patología de estenosis uretrales, son otros ejemplos.

### 3. Tratamiento

La incidencia de la HBP se ha incrementado paralelamente a como lo ha hecho la esperanza de vida de la población, y como resultado, los tratamientos se han diversificado y se encuentran girando en un constante cambio. El tratamiento farmacológico mediante alfa-bloqueantes (doxazosina, terazosina, alfuzosina, tamsulosina), o inhibidores de la 5-alfa-reductasa (finasteride), constituye la primera línea de actuación, no obstante, en muchas ocasiones, la clínica del paciente no responde a una terapia farmacológica, y es entonces cuando hay que recurrir a técnicas quirúrgicas. La resección transuretral de adenomas pros-

táticos (RTUp), es considerada a día de hoy el tratamiento quirúrgico estándar, generalmente reservadas para próstatas pequeñas y medianas, recurriendo a la técnica de adenomectomía prostática abierta o laparoscópica, en próstatas de mayor volumen (>80-100 gramos), dadas las complicaciones que pueden derivar de la RTUp.

No obstante, el abanico es muy amplio y con él las alternativas quirúrgicas mínimamente invasivas como el láser verde, o el Holmium (técnica HoLEP), también la técnica Rezüm. No obstante, pese a ser procedimientos con resultados esperanzadores, su disponibilidad no es completa en muchos hospitales.

La adenomectomía abierta convencional o prostatectomía retropúbica abierta, descrita en 1945 por Terrence Millin, se diferencia principalmente de la RTUp por la capacidad de extirpar en su totalidad adenomas prostáticos de gran tamaño, no obstante, hay que destacar su mayor morbilidad quirúrgica y postoperatoria siendo una cirugía cruenta con una importante pérdida de sangre y una estancia hospitalaria más prolongada. Todo ello impulsó el desarrollo de la cirugía laparoscópica, que se ha incrementado en los últimos años, y ha superado a la adenomectomía abierta convencional demostrando grandes beneficios en cuanto a menores convalecencias, bajos niveles de dolor postoperatorio y prontas reinserciones sociolaborales.

No obstante, es importante no olvidar que la decisión terapéutica debe ser individualizada y adaptarse a las características individuales de cada paciente.



MERRELL

BOREAL

**HH**<sup>®</sup>  
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](http://www.lapuertaverdepanticosa.com)