

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

 <https://twitter.com/ZHospitalaria>

www.zonahospitalaria.com añoVII marzoabril2022 n°38

SUMARIO

- 2 Pacientes de Baja Visión
- 3 La oxigenación hiperbárica y deporte de alto rendimiento
- 4 Rinitis alérgica, ¿sólo en primavera?
- 6 Acné: tratamiento, mitos y realidades
- 8 Osteocondritis disecante ¿qué es?
- 9 Estoy pensando en hacerme la vasectomía, ¿qué debería saber?
- 10 Cuidado con el pescado
- 12 Enfermedad venosa crónica y la aparición de la úlcera venosa
- 13 ¿Qué es la equinocosis humana?
- 14 La copa menstrual...
- 15 Tendinitis de Aquiles
- 16 Medidas no farmacológicas para reducción del dolor...
- 17 ¿Por qué mi bebé se chupa el dedo?
- 18 Musicoterapia en la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)
- 20 La puerta verde de Panticosa



EJEMPLAR GRATUITO

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



Crece en primavera

Pacientes de Baja Visión

Ángel Yanguas Alfaro y Silvia de la Llama Celis
Optometristas especialistas en Baja Visión de Yanguas Ópticos

Pº María Agustín, 113 (Pza. Europa) | 50003 Zaragoza | T. 976 443 995

**YANGUAS
ÓPTICOS**

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

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

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

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

¿Cómo ven las personas con Baja Visión?

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

¿Qué pasos debe seguir un paciente con Baja Visión?

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

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

¿Cómo procede el especialista en Baja Visión?

El equipo de especialistas le realizará una serie de pruebas.

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

¿Qué son las Ayudas Visuales?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La oxigenación hiperbárica y deporte de alto rendimiento

Comunicación Edificio Policlínica Artica

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Todos conocemos la rápida recuperación de los deportistas de alto rendimiento de sus lesiones o después de duras competiciones gracias a distintas herramientas muy eficaces. Una de ellas es la medicina hiperbárica, que fue noticia cuando la oxigenación hiperbárica (OHB) participó en la recuperación de Carvajal antes del Mundial de Rusia 2018.

En los últimos años, el aumento de la práctica del deporte en nuestras vidas cotidianas ha sido más que evidente, lo que ha contribuido a la mejora de la calidad de vida del ser humano. Sin embargo, esto ha provocado un incremento en la probabilidad de sufrir lesiones que afectan de forma directa en nuestra vida diaria y que se deben solucionar lo antes posible.

¿Cuál es la mejor forma de tratar las lesiones?

Si la lesión ya se ha producido, lo ideal es apostar por un tratamiento precoz e inter-

disciplinar de la misma. Por tratamiento interdisciplinar se entiende aquel en el que un equipo de especialistas trabaja de manera coordinada para velar por la pronta y correcta recuperación del paciente. Este equipo debe estar encabezado por un especialista en traumatología que trabaje junto a fisioterapia, rehabilitación y, además, un especialista en medicina hiperbárica. De esta forma, se consigue una recuperación rápida y muy eficaz.

La oxigenación hiperbárica en el deporte:

Los casos de deportistas de alto rendimiento que han demostrado la efectividad de la oxigenación hiperbárica para mejorar la potencia, aumentar el rendimiento, acelerar el proceso de recuperación y tratar las lesiones son más que constatables. Un caso referente es el del futbolista Daniel Carvajal, que después de estar casi descartado para el Mundial de Rusia, consiguió llegar recuperado al segundo partido gracias al tratamiento de Cámara Hiperbárica. Así mismo, también destacan entre otros, casos como el de los futbolistas del Atlético de Madrid, donde su jefe de Servicio Médicos (Dr. José María Villalón) apuesta por la OHB para mantener a sus futbolistas en un estado físico óptimo. El tratamiento con OHB consiste en aportar

al paciente oxígeno medicinal a una presión más elevada que la presión atmosférica. Esto genera un aumento directo de la oxigenación de los tejidos, lo que permite que se recuperen y cicatricen a mayor velocidad. Un tratamiento que resultará más eficaz cuanto antes se aplique. Así fue el caso de Valentino Rossi, quien comenzó con la OHB nada más salir de quirófano y consiguió recuperarse de una rotura de tibia y peroné en 41 días, cuando le habían pronosticado 6 meses de recuperación. Por otro lado, la OHB también ayuda a la mejora del rendimiento físico del deportista y a la recuperación de la fatiga muscular. La cámara hiperbárica permite a los deportistas reponerse más rápidamente después de los partidos, entrenamientos intensivos o competiciones largas, duras o muy extenuantes.

¿Dónde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

En Navarra contamos con la primera y única cámara hiperbárica, avalada por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH). El centro Oxien, perteneciente al Grupo Sannas y ubicado en el Edificio Policlínica Artica, está liderado por doctores hiperbaristas y técnicos camaristas que llevan desde el año 2017 trabajando de forma interdisciplinar para conseguir mejorar la calidad de vida del paciente.




PREPÁRATE PARA GANAR TU PRÓXIMA PRUEBA DEPORTIVA

AGILIZA EL PROCESO DE RECUPERACIÓN

BONO 5 SESIONES

PRE Y POST PRUEBA DEPORTIVA



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

Rinitis alérgica, ¿sólo en primavera?

Marien Navarro Elizondo. Médica de Familia. C.S.Tarazona

Los pacientes con rinitis alérgica (RA) pueden sufrir síntomas y acudir a la consulta de su médico de atención primaria en cualquier época del año. La asociación entre primavera y alergia al polen no es del todo cierta, ya que un porcentaje de pacientes tienen síntomas en otras estaciones.

La RA tiene una prevalencia poblacional del 20-30%, lo que hace que sea un motivo frecuente de consulta médica. En algunos casos los pacientes se automedican, así que posiblemente esa prevalencia esté subestimada.

Los síntomas de la RA son similares a los de los catarros o resfriados, por lo que puede ser diagnosticada erróneamente como un «resfriado común largo», en particular durante los meses fríos del otoño y el invierno. Aunque la RA se considera una patología banal, puede generar gran malestar, causar problemas de sueño y reducir considerablemente la productividad laboral y el rendimiento escolar, ocasionando importantes costes sanitarios y sociales.

Desestacionalización

La temporalidad en la presentación de esta patología ha ido cambiando en las últimas

décadas. De ahí que convenga extender la sospecha de alergia a los aeroalérgenos fuera de la época primaveral y estar alerta para identificar a estos pacientes en cualquier época del año. No obstante, en nuestro entorno, la primavera sigue siendo la principal estación en la que los pacientes con RA manifiestan un mayor malestar.

La desestacionalización o extensión de los síntomas de RA fuera de la primavera se ha atribuido a varias causas:

• Variaciones en la botánica.

La plantación masiva de especies de árboles ignorando el riesgo de que produjesen sensibilización alérgica fue durante mucho tiempo una práctica habitual para embellecer ciudades y pueblos. En los años setenta y ochenta estuvo de moda plantar plátanos de sombra y de paseo como árboles ornamentales en calles y plazas; los plátanos polinizan a finales de invierno y comienzo de la primavera, sobre todo en los meses de marzo y abril. También la plantación de cipreses (incluyendo el *Cupressus arizonica*) en jardines, parques y viviendas unifamiliares de barrios residenciales ha experimentado un enorme aumento; su estación de polinización es el invierno, así que muchos pacientes que viven en zonas donde

hay cipreses están comenzando a presentar síntomas de RA en la época invernal.

• Cambio climático.

Fenómenos como el calentamiento global, la escasez de lluvias y la desertización están cambiando la flora en algunas regiones. Esto explicaría el aumento de la sensibilización a plantas del grupo de las malezas, que extienden su polinización al verano y el otoño, además de la primavera.

• Contaminación ambiental.

La contaminación hace que los pólenes expresen proteínas que los hacen más alergénicos para el sistema inmunitario que los generados por las mismas plantas cuando están en lugares menos contaminados. Muchos de estos alérgenos son proteínas de defensa de la planta, que son sintetizadas como sistema de protección frente a agentes agresivos como los contaminantes.

• Alérgenos perennes.

Entre ellos destacan los ácaros del polvo doméstico en zonas con alta humedad ambiental. Los ácaros están presentes todo el año y son una causa común de rinitis y asma alérgica en zonas costeras o de alta pluviosidad, siendo en algunas regiones la primera



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

causa de RA. Otros alérgenos perennes son las esporas de los hongos, que también pueden ocasionar síntomas de RA fuera de la primavera. A veces la presencia de productos como pinturas, pegamentos o polvo de madera en el entorno laboral o de las aficiones de los pacientes también puede explicar los síntomas de rinitis en cualquier estación. Y finalmente, otros alérgenos perennes cuya sensibilización se incrementa progresivamente año tras año son las mascotas en los domicilios.

Hay que conocer la presencia de alérgenos perennes en su entorno, ya que en muchas ocasiones esa información dará la clave del diagnóstico. En estos casos, al disminuir o retirar del domicilio la exposición al agente, mejorarán o incluso desaparecerán los síntomas de la RA.

Tratamiento y cómo debe realizarse

Los síntomas de la rinitis son un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria. También lo son las infecciones respiratorias. Los principales síntomas en ambos casos son el picor de nariz, los estornudos, la rinorrea y la congestión nasal. Muchas veces diferenciar su origen no resulta fácil; en esta tarea podrá ayudarnos tener en cuenta los siguientes factores:

• Duración de los síntomas.

Es uno de los datos clave para el diagnóstico diferencial, ya que las infecciones respiratorias suelen durar pocos días, habitualmente una semana o menos, mientras que en la RA la duración suele ser superior: los síntomas a menudo se prolongan durante semanas o meses, dependiendo de la polinización de las plantas a las que sea alérgico el paciente, o bien pueden ser continuos y persistentes, si se trata de alérgenos perennes como los ácaros, los hongos o los animales domésticos.

• Asociación a síntomas generales.

Las infecciones respiratorias muchas veces se acompañan de fiebre, malestar general y en algunos casos dolores osteomusculares. Estos síntomas son menos frecuentes en la RA.

• Asociación a síntomas conjuntivales.

El 75% de las RA se acompañan de conjuntivitis alérgica, de manera que si el paciente nota prurito, enrojecimiento conjuntival, sensación de arenilla en los ojos o lagrimeo, habría que sospechar el origen alérgico de los síntomas. Los síntomas conjuntivales en las infecciones respiratorias pueden estar presentes, pero suelen ser menos llamativos.

• Relación con la exposición a alérgenos.

Es común que los pacientes con RA experimenten un empeoramiento de los síntomas en las zonas donde se encuentran los alérgenos a los que están sensibilizados, y que mejoren al alejarse de ellas. Esta relación no siempre es fácil de demostrar, porque las reacciones no se producen de forma inmediata tras la exposición, sino varias horas después de ella, lo que puede crear confusión en la anamnesis.

• Coexistencia de síntomas de asma.

En todos los casos de rinitis hay que evaluar la presencia de tos, opresión torácica, sibilancias y dificultad respiratoria con esfuerzos o con el reposo nocturno. El 19-38% de los pacientes con RA tienen también síntomas de asma, aunque no debe olvidarse que el asma no alérgica tiene en las infecciones respiratorias uno de sus principales desencadenantes.

Como las RA son procesos crónicos recurrentes, cuando el paciente ha tenido varias exacerbaciones puede aprender a identificar los síntomas sugestivos de RA y a diferenciarlos de los de origen infeccioso; poner en conocimiento de su médico esta información permitirá seleccionar de forma colaborativa los tratamientos más adecuados para cada ocasión.



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



Acné: tratamiento, mitos y realidades

Patricia Arbués Espinosa. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S Delicias Norte. Zaragoza.
Pablo Villagrasa Boli. Residente de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

El acné es una enfermedad inflamatoria de los folículos pilosebáceos. Afecta al 80 % de los adolescentes y supone, aproximadamente, el 20 % de las consultas dermatológicas en Atención Primaria y el 10-30 % de las consultas en Dermatología.

Suele presentarse clínicamente de manera insidiosa y progresiva con un gran polimorfismo lesional que incluye comedones, pápulas, pústulas, nódulos, quistes, abscesos y cicatrices, y puede tener gran impacto tanto a nivel psicológico como sobre la calidad de vida de los pacientes y no debe ser considerado por sí mismo como una patología banal. En ocasiones, puede formar parte de enfermedades sistémicas, por lo que, ante procesos muy extensos o acompañados de otros síntomas, es necesaria una correcta valoración médica.

¿Por qué se produce?

Aunque la etiopatogenia no está del todo clara, se sabe que están implicados factores relacionados con la unidad pilosebácea como los factores hormonales (andrógenos), la hiperfunción de las glándulas sebáceas, la

microbiota de la piel, la sobreexposición solar y los factores psicológicos y emocionales.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas?

Las lesiones pueden ser:

- **No inflamatorias:** como los comedones abiertos, puntos negros o espinillas o comedones cerrados o puntos blancos.



- **Inflamatorias:** como las pápulas, pústulas, nódulos y quistes. Presentan mayor tendencia a producir lesiones residuales y cicatrices.





¿Qué recomendaciones debo seguir?

- Limpieza de la piel mañana y noche para retirar el exceso de sebo.
- No manipular las lesiones.
- Evitar la exposición solar prolongada y utilizar fotoprotectores oil-free o no comedogénicos.
- Evitar el maquillaje no específico para pieles acnéicas.
- En varones, el afeitado se realizará con cuchilla y no con maquinilla eléctrica para evitar la irritación de la piel.
- Acudir a su médico para instaurar el tratamiento necesario en cada caso, lo antes posible.

¿Cuál es el tratamiento?

Existen diferentes tipos de tratamientos y éstos pueden ser tópicos o sistémicos.

Los **tratamientos tópicos** se aplican únicamente sobre el área afectada y pueden tardar 4-6 semanas en iniciar su efecto. Al principio del tratamiento puede observarse un empeoramiento de las lesiones o presentar efectos secundarios como irritación, sequedad cutánea o enrojecimiento de la piel, que irán disminuyendo con el tiempo (tolerancia). Se recomienda evitar la exposición solar y utilizar fotoprotección específica. Algunos de los tratamientos tópicos más utilizados son:

- **Peróxido de benzoilo:** tiene acción queratolítica, comedolítica, antiinflamatoria y antibacteriana frente a *Propionibacterium acnes* y frente a *Staphylococcus aureus*, dos de las bacterias más implicadas en el acné.
- **Ácido azelaico:** con actividad antimicrobiana, queratolítica y antiinflamatoria. Además, ayuda a reducir la hiperpigmentación residual.
- **Antibióticos tópicos:** como la Clindamicina al 1% (en gel o solución) 1 aplicación/12 horas o la Eritromicina 2% (en gel o toallitas) 1 aplicación/12 horas. Se utilizan sobre todo en casos a partir de acné pápulo-pustuloso leve-moderado. Se desaconseja su uso a largo plazo y también su utilización en monoterapia.
- **Retinoides tópicos:** como la Tretinoína 0,025-0,05 % (en crema): 1 aplicación/noche

o la Isotretinoína 0,05 % (en gel): 1 aplicación/noche. Tienen actividad comedolítica y antiinflamatoria, y se considera que son los únicos agentes con capacidad para regular la queratinización folicular anormal presente en el acné, pudiendo prevenir la aparición de nuevas lesiones. Recomendados contra el acné comedogénico y en terapia de mantenimiento, tanto en monoterapia como en combinación. Pueden producir irritación cutánea y son potencialmente fotosensibilizantes y fotolábiles, por lo que se recomienda aplicarlo por la noche y utilizar fotoprotección por las mañanas. Están contraindicados en mujeres embarazadas por su potencial teratogénico.

En cuanto a los **tratamientos sistémicos**, tenemos varias alternativas:

- **Antibióticos orales:** como la Doxiciclina 50-100 mg/día, Eritromicina 250-500 mg/12 h o Azitromicina 500 mg/24 h. Debemos seleccionar los casos que precisan antibióticos orales para evitar la aparición de resistencias. Como precaución con la Doxiciclina, hay que tener en cuenta que disminuye el efecto de anticonceptivos orales, es fotosensibilizante, no puede utilizarse en embarazo, durante la lactancia ni en menores de 8 años.
- **Tratamiento hormonal:** como Etinilestradiol/ Dienogest: 2 mg/3 µg/día durante 21 días y descansar 7 días. Son conocidos como "anticonceptivos" porque también están indicados con esa finalidad. Están indicados sobre todo en mujeres con signos de hiperandrogenismo, acné que no responde a isotretinoína oral, acné tardío, síndrome de ovario poliquístico o brotes de acné antes de la menstruación. Antes de iniciar el tratamiento hormonal, debemos acudir a un médico para ver si podemos beneficiarnos de este tratamiento, ya que hay que investigar antecedentes de enfermedad tromboembólica, enfermedades cardiovasculares, tabaquismo o migrañas. Suele combinarse con otras terapias.
- **Isotretinoína oral:** fármaco conocido por sus presentaciones Dercutane, Roacutan o Isdiben, entre otras. Es un retinoide derivado

de la vitamina A con acción antiseborreica, anticomedogénica, antibacteriana y antiinflamatoria, logrando la curación en el 70-80% de los casos. Durante el tratamiento, se precisan controles analíticos periódicos (de enzimas hepáticas y colesterol, sobre todo) y es muy importante la protección solar. Los efectos secundarios más frecuentes son sequedad de piel, dolores musculares, y alteración del perfil lipídico y/o hepático. En mujeres, antes de iniciar la terapia hay que descartar embarazo y prevenirlo hasta 2 meses finalizado el tratamiento, ya que este medicamento tiene efectos teratogénicos. Sin embargo, existen métodos anticonceptivos muy eficaces y cómodos para prevenirlo, por lo que no suele suponer un problema.

Mitos del acné

- Solo afecta a adolescentes.
- Es contagioso.
- Empeora con el chocolate.
- La piel acnéica no necesita hidratación.
- La piel con acné nunca se debe maquillar.
- La sudoración provoca brotes.

Afirmaciones controvertidas

- Empeora con determinados alimentos.
- El sol y los rayos UVA mejoran el acné: la exposición solar cotidiana con fotoprotección adecuada no es perjudicial pero con la sobreexposición solar, puede empeorar.
- Desaparece solo: algunas lesiones en estadios precoces pueden mejorar o incluso desaparecer, pero el acné es una enfermedad crónica de la piel que es mejor tratar de forma adecuada.

Realidades

- Es más frecuente en mujeres que en hombres.
- Manipular las lesiones empeora el acné.
- Empeora con los malos hábitos higiénicos.
- Empeora con el estrés y la ansiedad.
- El tabaco favorece la aparición del acné.
- Determinados productos cosméticos favorecen la formación de sebo.
- El acné puede afectar psicológicamente a quienes lo padecen.



Osteocondritis disecante ¿qué es?

Eduardo González Buesa, Alberto Hernández Fernández y Cristina Usón Arque. Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Barbastro.

Cristina Latre Saso. Anestesiología y Reanimación. Hospital de Barbastro.

Clara Bibián Getino. Servicio de Geriátrica. Hospital de Barbastro.

Ignacio Puyuelo Jarne. Cirugía Ortopédica y Traumatología, Fundación Hospital Calahorra

La osteocondritis disecante se define como una necrosis que afecta al hueso y cartílago de las articulaciones. Se localiza en un segmento del tejido óseo adyacente a la articulación de modo que se produce una separación de éste junto con el cartílago articular. El fragmento articular puede no consolidar correctamente resultando un fragmento libre que puede desembocar en artrosis prematura.

Ocurre con mayor frecuencia en la rodilla, el codo o el tobillo del niño en edad escolar o adolescente. Suele cursar con dolor que empeora con el ejercicio. Puede haber crepitación, contractura o bloqueo de la articulación en casos evolucionados, especialmente si hay un fragmento de hueso o cartílago suelto en la articulación.

La causa es muchas veces desconocida. Las etiologías propuestas incluyen microtraumatismos repetitivos, insuficiencia vascular en torno al cartílago, isquemia local después de una lesión focal y predisposición genética. El tipo juvenil se asocia con un alto nivel de actividad en niños y adolescentes en edad escolar,

lo que favorece el trauma repetitivo como mecanismo principal. Con el traumatismo inicial se desarrolla un área focal de necrosis y colapso del hueso que puede conducir a un daño del cartílago. A medida que avanza la lesión, las áreas de desmineralización y las fuerzas de carga repetidas provocan el desprendimiento del tejido adyacente. También puede desarrollarse después de una lesión aislada, por ejemplo la inversión del tobillo o un golpe directo en la rodilla o el codo.

Las radiografías simples con frecuencia son diagnósticas, aunque la resonancia magnética suele ser necesaria para estudiar con más profundidad la lesión.

Tratamiento inicial

El tratamiento inicial consiste en reposo, antiinflamatorios no esteroideos, evitar actividades deportivas y fisioterapia. De inicio se suele recomendar inmovilización y descarga de la extremidad durante un periodo de 4 a 6 semanas. Antes de volver a realizar deporte, el paciente debe estar libre de dolor, recuperar el rango de movimiento activo completo y la fuerza perdida.

La necesidad de derivación a un especialista

en Cirugía Ortopédica depende principalmente de la madurez esquelética del paciente, el tamaño y la estabilidad de la lesión y la articulación afectada. En niños y adolescentes con lesiones estables con frecuencia obtienen buenos resultados con el tratamiento conservador. En cambio, si la lesión es grande o afecta a pacientes de mayor edad suelen requerir cirugía.

Existen múltiples técnicas quirúrgicas para este problema. Para lesiones estables y de pequeño tamaño la perforación artroscópica, la fijación con tornillos metálicos o las microfracturas son los tratamientos indicados. Si la lesión es más grande o inestable se podría realizar autotrasplante de condrocitos previamente cultivados, el injerto osteocondral proveniente de otra zona articular o el trasplante osteocondral de un donante.

Los pacientes con curación completa presentan una recuperación completa de la función articular. Esto es más frecuente en pacientes jóvenes con lesiones estables de la rodilla o el codo. Por el contrario, pacientes adultos con lesiones inestables tienen peores resultados y aproximadamente la mitad tendrán dolor crónico, síntomas mecánicos y artrosis.

Estoy pensando en hacerme la vasectomía, ¿qué debería saber?

*Amaia Arrizabalaga Solano y Marta Burbano Herráiz. Médicos Internos Residentes.
Ángel García de Jalón Martínez y Cristina Redondo Redondo. Adjuntos.
María Jesús Gil Sanz. Jefa de Servicio
Servicio de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

La vasectomía es la única forma actual de esterilización masculina permanente y consiste en la interrupción del flujo de los espermatozoides a través de los conductos deferentes. Se trata de un procedimiento sencillo, con una efectividad del 99.7% y una tasa muy baja de complicaciones.

Preparación antes del procedimiento

Antes de someterse a una vasectomía, es importante que haya sido informado del procedimiento, sus riesgos y sus posibles complicaciones. Además, el especialista debe realizar una buena historia clínica, recogiendo los antecedentes urológicos, y una exploración genital. Es recomendable el rasurado genital previo a la intervención para facilitar el procedimiento.

¿En qué consiste?

Bajo anestesia local, se realiza una pequeña incisión en la bolsa escrotal, se localizan ambos conductos deferentes, se ligan y posteriormente se seccionan. La incisión se cierra con un par de puntos reabsorbibles que desaparecerán en aproximadamente 2 semanas. El procedimiento tiene una duración de entre 20 y 30 minutos, dependiendo de las características anatómicas del paciente, tras el cual será dado de alta a su domicilio.

¿Qué riesgos tiene?

La vasectomía es un procedimiento sencillo y seguro, pero no está exento de riesgos, que el paciente debe conocer. Es frecuente la inflamación de los testículos como respuesta a la intervención durante la primera semana, aunque suele controlarse bien con antiinflamatorios. El riesgo de hematoma e infección se sitúa en torno al 1-2%, así como el de dolor escrotal crónico. En el lugar de la vasectomía suele aparecer un nódulo, denominado granuloma espermático, que raramente puede provocar dolor.

Recomendaciones tras la cirugía

Es normal experimentar molestias tras la cirugía, que pueden manejarse con analgesia, antiinflamatorios y medidas físicas, como aplicación de frío local y utilización de ropa interior ajustada.

Se recomienda evitar la actividad intensa durante la primera semana después de la operación. Las relaciones sexuales podrán retomarse en cuanto el paciente se sienta recuperado, aunque deberá seguir empleando un método anticonceptivo adicional hasta que no se haya comprobado que la vasectomía ha sido exitosa mediante un espermograma de control a los 3 meses de la cirugía.

¿Notaré algún cambio después de la vasectomía?

La eyaculación y la producción de semen se

mantienen tras la vasectomía, con la única diferencia de que el eyaculado no contiene espermatozoides. Por lo general, no se nota ninguna diferencia en el volumen del eyaculado, ya que el esperma constituye solo un 10% o menos del volumen seminal. Los niveles de testosterona, el deseo sexual y la erección no se ven afectados por este procedimiento.

¿Puede ser reversible?

Si. Existe una cirugía llamada vaso-vasotomía, en la que se liberan ambos cabos de los conductos deferentes en cada lado, y se vuelven a unir utilizando suturas muy finas, solo visibles con el microscopio. Se trata de una cirugía mucho más complicada, y que no es posible realizar en todos los casos. La tasa de éxito de esta intervención depende de la longitud de conducto deferente extirpada en la vasectomía y del tiempo transcurrido desde la misma, disminuyendo considerablemente su efectividad si han pasado más de 10 años desde la vasectomía.

Aunque es posible revertir una vasectomía, esto no debe tenerse en cuenta como argumento para tomar la decisión de realizarla. Si un paciente está considerando una vasectomía y no está seguro de que sea una solución aceptable y permanente para él a largo plazo, entonces no debería someterse al procedimiento y debería optar por otro método anticonceptivo no definitivo.



Cuidado con el pescado

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

Luis María Hernáiz Calvo. *Médico Residente Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza*

Lorena Rodríguez Elena. *Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Bilbao.*

Alberto Guillén Bobé. *Médico Residente Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza*

En muchas ocasiones la presencia de mercurio en el pescado se convierte en un tema polémico.

¿Qué es el mercurio?

El mercurio es un elemento químico natural que está presente en la corteza terrestre, principalmente como mineral.

Su símbolo en la tabla periódica es Hg y su número atómico es 80. Existe en diferentes formas, siendo una de las más conocidas el mercurio elemental (metálico), cuyo aspecto es plateado, brillante y líquido a temperatura ambiente.

Habitualmente, esta forma de mercurio se ha observado en termómetros, bombillas, baterías, pilas... etc, y se retiró debido a la alta toxicidad medioambiental y humana que puede ocasionar.

La principal forma en que las personas se exponen hoy en día a este elemento es mediante el consumo de pescado y marisco. El mercurio en estos animales se encuentra en la forma metilmercurio y puede ocasionar daños a nivel cerebral, cardíaco, renal, pulmonar,

inmunológico...

En el caso de mujeres embarazadas, altos niveles de metilmercurio en la sangre pueden afectar al desarrollo del bebé, dañando su sistema nervioso.

Por ello, a continuación, mencionaremos qué especies de pescado presentan los niveles de mercurio más altos, medios o bajos:

- Contenido más alto:

Pez Espada (Emperador), Tiburón (Cazón), Lucio y Atún Rojo.

- Contenido medio:

Lubina, Merluza y Bonito del norte.

- Contenido bajo:

Anchoa, Boquerón, Bacalao, Berberecho, Caballa, Calamar, Camarón, Cangrejo, Gamba, Mejillón, Pulpo, Salmón, Trucha, Merluza/ Pescadilla, Langostino, Langosta, Lenguado, Navaja, Almeja, Sepia, Cigala...

¿Por qué algunos pescados tienen más contenido en mercurio que otros?

El mercurio está presente tanto en mares como ríos. Su proporción en los peces está

íntimamente relacionada con su lugar en la cadena trófica.

Los peces que más concentración de mercurio presentarán serán aquellos con mayor tamaño, longevos y depredadores, los cuales por el fenómeno de bioacumulación son capaces de adquirir el contenido más alto del mineral.

Indicaciones de consumo según población vulnerable

Se considera población vulnerable a las embarazadas o mujeres planificando estarlo, mujeres que den lactancia materna y niños hasta los 10 años.

En estos casos se recomienda evitar el consumo de las especies con contenido alto en mercurio.

En cuanto a las especies con contenido medio y bajo se aconseja consumir entre 3 y 4 raciones por semana, procurando variar entre pescados blancos y azules.

En niños de 10 a 14 años no se aconseja evitar el consumo de especies de alto contenido, sino limitarlo a unos 120 gramos al mes aproximadamente.

En el resto de población, está aconsejado consumir 3-4 raciones por semanas, de cualquiera de las especies, variando entre pescados azules y blancos.

¿Debo tener miedo a comer pescado?

No se debe tener miedo al consumo de pescado debido a que existe un control exhaustivo de los niveles de mercurio en los peces por parte de toda la Unión Europea, de manera que consumir pescado es seguro y muy recomendable.

Los pescados y mariscos suponen un alto contenido de proteínas, nutrientes esenciales (como el calcio, yodo...), Vitaminas A y D, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega-3...

Efectos beneficiosos del consumo de pescado

Un consumo frecuente de pescado se relaciona con un buen desarrollo neurológico en niños.

Numerosos estudios corroboran la asociación del consumo diario de 250 mg de Omega-3 con una reducción del 36% de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

El consumo de este alimento mejorará los niveles de HDL (colesterol conocido como "bueno"), reduce la presión arterial, disminuye el riesgo de depresión y mejora el estado mental.

Se han realizado numerosos estudios sobre la utilidad de la piel de pescado acelular para el tratamiento de heridas y como injertos de piel en quemaduras profundas, úlceras de difícil tratamiento, etc.

El pescado presenta un contenido calórico bajo, siendo menor en los pescados magros que en los azules o grasos, por lo que es una opción importante en personas que presenten exceso de peso. Asimismo, la forma de cocinado determinará el valor calórico final, siendo aconsejable cocinarlo en horno o plancha en lugar de rebozados o fritos.

En el caso de los pescados cuya espina también se come (sardinas, anchoas...) el aporte de Calcio es mayor, aconsejándose en las etapas de desarrollo, en procesos con afectación ósea, etc.

Por ejemplo, una lata de sardinas equivale a un vaso de leche en lo que aporte cálcico se refiere, es por ello, que conocer esta propiedad del pescado nos ayuda a elaborar dietas

según preferencias y necesidades de cada persona.

Enumeramos por orden de mayor a menor la cantidad de Ca que presentan los siguientes pescados y mariscos: Sardinas> Anchoas> Almejas, Berberechos...

En lo que respecta al aporte de yodo, el pescado puede reducir el riesgo de padecer bocio (enfermedad causada por deficiencia de yodo), y es altamente recomendado en zonas en las que existe bocio endémico o alimentación baja en yodo por las condiciones del agua y la tierra.

Durante el embarazo, es imprescindible un buen control del yodo para el correcto mantenimiento de las hormonas tiroideas. El déficit de yodo puede ocasionar retraso físico y mental en recién nacidos.

El consumo de pescado azul se ha relacionado con la mejora de los síntomas en enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide. Todos estos beneficios y muchos más, convierten a este alimento en una pieza imprescindible de nuestra alimentación, que al combinarla con el resto de alimentos constituyentes de la dieta mediterránea nos previenen de enfermedades y mejoran la salud.



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

Enfermedad venosa crónica y la aparición de la úlcera venosa



Ana Mateo Abad. Enfermera especialista en Geriatria.

Elisa García Simón y Ana Sangüesa Lacruz. Residentes de Enfermería Geriátrica.

Dra. Marta González Eizaguirre. FEA Geriatria.

Dra. Carmen Oquendo Marmaneu, Dr. Miguel Sánchez Ortiz y Dr. Alberto López Lasheras. Residentes Medicina Geriatria.

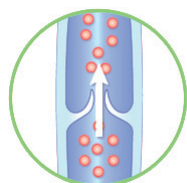
Hospital San José de Teruel.

La enfermedad venosa crónica constituye una de las enfermedades más prevalentes, al menos una cuarta parte de la población adulta presenta en mayor o menor grado, algún síntoma de enfermedad venosa en las extremidades inferiores.

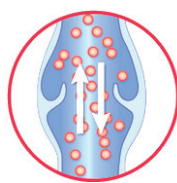
Los síntomas principales se presentan con gran variabilidad clínica individual, pero de forma general se incluyen los siguientes: dolor, pesadez, piernas cansadas, calambres, prurito, sensación de calor. Entre los signos se incluyen las telangiectasias, venas reticulares, venas varicosas, el edema, alteraciones cutáneas y alteraciones morfológicas

¿Por qué aparece la enfermedad venosa? Fisiopatología

La presencia de obstrucciones venosas, insuficiencia valvular, alteraciones primarias de la pared venosa y/o fallos de la bomba muscular de la pantorrilla impiden un adecuado retorno de la sangre provocando la conocida hipertensión venosa. La hipertensión venosa se traduce en una hipertensión a nivel capilar que debido a la extrema presión provoca la salida de líquido al espacio extravascular causando edema e inflamación en los miembros inferiores.



VENA SANA



VENA DAÑADA

Clasificación

La clasificación CEAP para la enfermedad venosa crónica, se creó para ordenar de forma generalizada los trastornos venosos. Las siglas CEAP hacen referencia los siguientes términos: C Clínica, E Etiológica, A Anatómica y P Fisiopatológica.

Con respecto a la clínica (C), la usamos frecuentemente de forma aislada con la siguiente subclasificación:

C0: Ausencia de signos visibles o palpables.

C1: Telangiectasias (venas de >1mm de tamaño), venas reticulares (1-3 mm de diámetro).

C2: Venas varicosas (>3mm). C2r si se trata de varices recurrentes.

C3: Edema.

C4: Alteraciones cutáneas secundarias:

-C4a: pigmentación, eccema, o ambos.

-C4b: lipodermatoesclerosis, atrofia blanca, o ambos.

-C4c: presencia de corona flebectásica.

C5: Úlcera cicatrizada.

C6: Úlcera abierta (frecuentemente en zona del tobillo). C6r cuando se ulcera recurrente.

Por lo tanto, según la clasificación anterior la úlcera venosa se considera el estadio más avanzado (C6) de la insuficiencia venosa crónica.

¿Qué es la úlcera venosa?

Por definición la úlcera venosa se trata de una lesión con pérdida de sustancia, que asienta sobre la piel dañada por una dermatitis secundaria a una hipertensión venosa producida por el reflujo y la obstrucción de las venas, lesionando así el endotelio capilar.

Uno de los motivos mas frecuentes de consulta en atención primaria debido a la enfermedad venosa crónica es el tratamiento de la úlcera venosa. De las úlceras presentes en las extremidades inferiores son las mas prevalentes, representan de un 75% a un 80% del total. Con respecto a la población en general tiene una prevalencia de un 1% que se eleva a un 1.3% en los mayores de 70 años.

El tiempo medio de cicatrización se encuentra en torno a los 200 días, por lo que esta patología consume una importante cantidad de recursos y costes elevados para el sistema sanitario, además requiere de mucha constancia en el seguimiento y una buena adherencia al tratamiento. Se trata de una patología que provoca gran impacto psicológico y social para los pacientes disminuyendo su calidad de vida. El índice de recidivas se considera extremadamente elevado, en torno a un 70% por lo que la prevención desde estadios iniciales para evitar el avance, resulta fundamental.

Con respecto a la identificación de la úlcera venosa es muy importante cerciorarnos de su verdadera etiología antes de la aplicación de su tratamiento. Teniendo en cuenta que a parte de los cuidados locales de la herida (limpieza, desinfección, desbridamiento si precisa y tratamiento tópico) deberemos tratar basándonos en su etiología. De forma general se detalla que la causa primera de la aparición de una úlcera venosa es la hipertensión venosa así que según la evidencia científica disponible la terapia compresiva con vendaje multicapa debe ser la primera opción de elección para el tratamiento de las úlceras venosas.

¿Qué es la equinococosis humana?

Lorena Paul Cardiel y Elena Vicente Amatriain. Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.
Alba Prados Lumbierres. Residente de Rehabilitación. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

La equinococosis humana es una zoonosis (es decir, una enfermedad transmitida al ser humano por los animales) provocada por tenias parásitas del género *Echinococcus*.

Las dos formas más importantes de la enfermedad en el ser humano son la equinococosis quística: La hidatidosis, que es producto de la infestación por *Echinococcus granulosus* y la equinococosis alveolar causada por la infestación por *E. multilocularis*.

¿Cómo se transmite?

Varios animales herbívoros y omnívoros son hospedadores intermediarios de *Echinococcus* que se infectan al ingerir huevos del parásito presentes en alimentos y aguas contaminadas; posteriormente, el parásito evoluciona en las vísceras del animal a las fases larvianas. Los hospedadores definitivos son animales carnívoros que albergan las tenias maduras en sus intestinos. Estos animales se infestan

al consumir vísceras de hospedadores intermediarios que contienen larvas del parásito. Los seres humanos actúan accidentalmente como huéspedes intermediarios y se infectan al ingerir huevos de parásitos presentes en los alimentos, el agua o el suelo contaminados o por contacto directo con animales que actúan como hospedadores.

El reservorio son los perros (hospedador definitivo), lobos, ovejas, caballos y cerdos.

Los huevos ingeridos por el huésped liberan los embriones infectantes (oncosferas) que atraviesan la mucosa y se diseminan por la sangre hasta los diferentes órganos (hígado, pulmón).

No se transmite de persona a persona.

¿Qué ocurre y qué síntomas produce?

Tras la ingestión, *E. granulosus* produce uno o más quistes hidatídicos localizados a menudo en el hígado y los pulmones, y, con menor frecuencia en los huesos, los riñones, el bazo, los músculos, el sistema nervioso central y los ojos.

El periodo asintomático de incubación puede durar muchos años, hasta que los quistes hidatídicos alcanzan un tamaño que ocasiona signos clínicos.

La localización hepática suele causar dolor abdominal, náuseas y vómitos. Cuando son afectados a los pulmones, los signos clínicos son tos crónica, dolor torácico y disnea.

¿Cómo se trata?

El tratamiento de elección en la actualidad es la combinación de técnicas quirúrgicas con tratamiento farmacológico. Los quistes asintomáticos, especialmente los calcificados o inviables, pueden seguir manejo conservador con controles ecográficos.

Así pues, la hidatidosis hepática es una enfermedad aún presente que requiere una correcta valoración y un manejo precoz de las complicaciones que pueden presentarse en su curso evolutivo.



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



La copa menstrual, la gran desconocida

Ana Belén Mongio Pardo. Enfermera de Especialidades Médicas. H.G. San Jorge. Huesca
Lucía Rivarés Garasa. Enfermera de Especialidades Médica. H.G. San Jorge. Huesca
Óscar Sambía Novellón. Enfermero de Especialidades Médicas. H.G. San Jorge. Huesca
Esmeralda Lobera Salvatierra. Enfermera de Urgencias. H.G. San Jorge. Huesca
Blanca Vizcaíno Bricio. Enfermera de Urgencias. H. Barbastro. Huesca
Nieves Otín Guarga. Enfermera de Especialidades Médica. H.G. San Jorge. Huesca

Contrariamente a lo que pensamos, la copa menstrual (CM) no es un producto novedoso, nació en EEUU en la década de los años treinta, aunque el auge de su comercialización se produjo a principios del siglo XXI. En España su uso se ha visto incrementado exponencialmente durante la última década.

En ocasiones la falta de información sobre cómo utilizarla junto con los tabús que despiertan inquietudes negativas sociales, morales y religiosas han sido los grandes impedimentos a la hora de utilizarlas.

La CM es un recipiente fabricado de un material muy flexible, antialérgico y adaptable como silicona, látex o plástico quirúrgico, que en los últimos años se presenta como una alternativa al uso de productos higiénicos tradicionales, como paños higiénicos, tampones y compresas.

La CM no absorbe, sino que recoge el fluido, de allí su forma, es ecológico y no daña el medio ambiente, es reutilizable y económico

a largo plazo, ya que tiene una vida media de 10 años. Además de las mencionadas, posee otras muchas ventajas, el riesgo de producir lesiones mecánicas en la vagina y en el cuello uterino durante su colocación y uso son casi nulos.

Proceso educativo

Gracias a los materiales con los que están fabricadas no producen alteraciones dérmicas ni alergias, permiten mantener el equilibrio de PH vaginal, ayudan a mantener los microorganismos vaginales en niveles adecuados. Otra ventaja es que garantiza el almacenamiento de la sangre durante 10/12 horas, sin producir sequedad ni olores desagradables. La utilización de la copa menstrual es compatible con el uso de anticonceptivos de barrera, algunas marcas comerciales garantizan que pueden utilizarse simultáneamente durante el coito.

Es necesario realizar un proceso de educativo para familiarizarse con el uso durante varios ciclos, ya que en caso contrario puede aparecer incomodidad, presión interna y dolor

durante su colocación, esto desaparece con el uso continuo del producto y se considera normal dentro de la curva de aprendizaje.

No todo en la CM son ventajas, existen inconvenientes como la aprensión de algunas mujeres ante la sangre, la falta de acceso a instalaciones adecuadas que garanticen la higiene correcta del producto cuando se haya de vaciar en baños públicos, la desconfianza ante el riesgo de fugas y la dificultad para insertarla los primeros usos.

La copa menstrual requiere de un mantenimiento que garantice las cualidades del producto, hay que realizar una higiene de manos correcta antes y después de su manipulación y hervirla antes y después de cada uso.

El riesgo de sufrir el síndrome de shock tóxico producido por el crecimiento excesivo del "Staphylococcus aureus" en la vagina es mínimo si se realiza un mantenimiento correcto de la CM mediante la técnica de hervido, ya que está bacteria es resistente al agua fría. También se reduce el riesgo de prurito, erupciones o infecciones producidas por la humedad de compresas, toallas o tampones.

Tendinitis de Aquiles



Alberto Hernández Fernández y Luis Rodríguez Nogué. F. E. A. de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Barbastro. Barbastro.

Cristian Pinilla Gracia. F. E. A. de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud.

La tendinitis de Aquiles es la inflamación del tendón de Aquiles o calcáneo. Se trata del tendón más resistente del cuerpo y une la musculatura posterior de la pantorrilla con el calcáneo o hueso del talón.

La principal causante de esta enfermedad es la sobrecarga mecánica. Sin embargo, existen otros factores predisponentes como el sedentarismo, la obesidad o el uso de calzado inadecuado.

Se dan con mayor frecuencia en personas de mediana edad cuya práctica deportiva se concentra en un tiempo limitado, como los fines de semana ("weekend warrior").

Diagnóstico

Es típico el dolor y la inflamación en la parte posterior del talón en un paciente con un

antecedente de sobrecarga de pie y tobillo.

Para el diagnóstico de esta patología suele ser suficiente con una exploración clínica y física adecuada en la que será importante que el especialista descarte una ruptura del tendón de Aquiles, una lesión grave que puede causar una importante limitación funcional.

En caso de duda diagnóstica o tendinitis resistentes a tratamiento conservador, pueden ser necesarias pruebas de imagen como ecografía o resonancia magnética.

Tratamiento

Es primordial la prevención de la tendinitis de Aquiles evitando la sobrecarga o movimientos repetitivos de la zona. Además, es necesario un estilo de vida sano que incluya una buena alimentación junto a una actividad física adecuada y gradual.

En primer lugar, se instaura un tratamiento conservador mediante reposo relativo, analgésicos/antiinflamatorios + fisioterapia. La fisioterapia consiste en ejercicios de estiramiento y fortalecer de forma específica el tendón y sus estructuras de soporte.

En caso de no evolucionar de forma favorable, pueden ser necesaria la realización de infiltraciones en el tendón de Aquiles o en la inserción del mismo. Las infiltraciones de corticoides pueden producir la degeneración del tendón, mientras que la inyección de PRP (Plasma Rico en Plaquetas) es un tratamiento novedoso que nos puede ayudar al manejo de este tipo de lesiones.

En caso de fracaso del resto de tratamientos, puede recurrirse a la cirugía.



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

Medidas no farmacológicas para reducción del dolor durante técnicas de enfermería invasivas en Pediatría



Paula Manero Montañés, Cristina Genzor Ríos, María Cristina Lopez Vidal y Ana Isabel Lorda Cobos. Enfermeras especialistas en Pediatría. Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Raquel Lacambra Morella. Enfermera Residente de Salud Mental. Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

Sandra Tundidor Sebastián. Residente de Enfermería Pediátrica. Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

A lo largo de los años ha existido la falsa creencia de que los recién nacidos apenas sentían dolor debido a su inmadurez biológica y su incapacidad para comunicar sensaciones dolorosas. Por ello, se producía un inexistente tratamiento del dolor durante la realización de técnicas invasivas como pueden ser la venopunción y la vacunación, lo que tenía efectos a corto y largo plazo en el lactante. Actualmente se conoce que, durante la gestación, antes de las 28 semanas, el feto desarrolla todos los componentes necesarios para sentir el dolor y responder ante él.

Conforme los niños crecen, los procedimientos invasivos con agujas se convierten en una de las principales causas de miedo y dolor cuando acuden a los servicios sanitarios ya que, antes de los 18 años, un niño sano puede recibir entre 20 y 30 punciones solamente en inmunizaciones. Un tratamiento inadecuado de este dolor y las experiencias negativas previas puede derivar en un miedo irracional a las agujas y una gran ansiedad en el niño, que puede persistir en su etapa adulta, pudiendo ser una causa de falta de adherencia a los tratamientos médicos o del incumplimiento de las inmunizaciones programadas. Para el alivio del dolor en niños a los que se les vaya a realizar técnicas invasivas con agujas existen medidas farmacológicas y no farmacológicas. En este artículo nos centraremos en las diferentes estrategias no farmacológicas a utilizar, desde el recién nacido hasta la adolescencia.

Recién nacido y lactante

- **Lactancia materna:** el amamantamiento se sitúa como el mejor método para disminución del dolor debido al efecto analgésico de

la leche materna y el contacto piel con piel del lactante con su madre. Este contacto le confiere al bebé seguridad y consuelo, siendo también por sí mismo una estrategia analgésica. Es sencillo de realizar y efectivo, sin embargo, en ocasiones no es el elegido por los profesionales de salud debido a una falta de tiempo o desconocimiento.

- **Administración oral de sacarosa (Sacarosa al 24%):** su mecanismo de acción se debe a la liberación de opioides endógenos lo que reduce el estrés y el dolor. Está recomendado hasta los 18 meses de edad. Se administra por vía oral, aproximadamente dos minutos antes de los procedimientos dolorosos. En cuanto a la cantidad a administrar será de 1 a 2 mililitros en recién nacidos a término o más de 2500 gramos; en nacidos pretérmino mayores de 1500 gramos será 0,2 mililitros; entre 1000 y 1500 gramos 0,1 mililitros y en prematuros menores de 1000 gramos 0,5 mililitros.

- **Succión no nutritiva:** reduce la respuesta fisiológica al estímulo doloroso, para este fin podemos utilizar el chupete, el seno materno con fines no nutritivos o la succión digital.

- **Medidas de posición y táctiles:** como envolver al bebé antes y durante la realización de procedimientos dolorosos o utilizar los brazos de sus padres, facilitan su relajación y disminuyen sus niveles de estrés. También pueden ser útiles el masaje al bebé o el balanceo.

- **Medidas ambientales:** además debemos tener en cuenta este tipo de medidas en la realización de técnicas dolorosas o durante las manipulaciones. Por ejemplo, utilizar una voz suave, evitar fuertes estímulos sonoros o lumínicos o agrupar las tareas que vayamos a realizar.

Niños a partir de 2 años hasta la adolescencia

- **Preparación e información, evitar mentir:** no se recomienda la utilización de frases como "no te hará daño", "no va a doler", "no te voy a pinchar" o "no te preocupes" ya que no son eficaces en la reducción del dolor y el niño puede sentirse engañado.

- **Técnicas de distracción:** como pueden ser leer, contar una historia, escuchar música ver dibujos animados u ofrecerle algún juguete. Cuando el niño es capaz, podemos seguir con él una conversación como distracción, tanto los profesionales como sus padres.

- **Control de la respiración y soplar:** se recomienda la realización de respiraciones lentas y profundas, así como soplar en el momento de la punción. Además, podemos ayudarnos de juguetes como puede ser un molinillo a la hora de soplar para aumentar la distracción del niño o hacerles imaginar algo, como por ejemplo unas velas de cumpleaños.

- **Vibración/Enfriamiento de la piel:** existen dispositivos que combinan el enfriamiento de la piel con la vibración, como por ejemplo el Buzzy®, con forma de abeja cuyo cuerpo vibra, con alas de gel frío. Este dispositivo se coloca 30 segundos previos a la punción, entre 5 y 10 cm por encima de la zona seleccionada, y continua activa vibrando, presionada contra la piel hasta el finalizar la técnica. También pueden utilizarse compresas o gasas frías con este fin, sin embargo, no existe gran evidencia a favor o en contra del enfriamiento de la piel como medida analgésica.

Debido a sus grandes ventajas como son un bajo coste, rápida actuación, facilidad de manejo, su falta de efectos adversos y su utilidad en el manejo, no solo del dolor, si no de la ansiedad tanto en el niño como en sus padres, las medidas no farmacológicas son cada vez más recomendadas para prevenir el dolor infantil ante técnicas invasivas.

¿Por qué mi bebé se chupa el dedo?



Ana Fábrega López. Logopeda. Especialista en Atención Temprana y Lactancia Materna.

El uso del chupete y la succión digital (de dedos) es un tema que genera controversia y polémica entre los diferentes miembros de la familia y algunos profesionales.

Para abordar este tema es importante saber que, tras el nacimiento, el recién nacido tiene que volver a adaptarse a un medio nuevo, fuera del vientre de su madre y que esta adaptación tiene que hacerla con el único recurso que tiene disponible y bajo control: la succión.

Se pueden diferenciar dos tipos de succión: succión nutritiva y succión no nutritiva.

La succión nutritiva: Es una coordinación de reflejos (respiración- succión- deglución) gracias a la cual, el bebé recibe los nutrientes necesarios para su desarrollo. Los recién nacidos necesitan que los reflejos estén coordinados para poder extraer y tomar leche, ya sea de biberón o del pecho materno.

Por otro lado, la succión no nutritiva: Es calmante y autorreguladora, la utilizan los bebés, para conocer y explorar el medio que les rodea. No necesitan una coordinación tan precisa de reflejos, ya que no extraen líquido por lo que la deglución es menor y la respiración es más continua. Para llevar a cabo la succión no nutritiva precisan de un pecho vacío, un chupete o un dedo.

En resumen, el uso de chupetes y la succión de dedos, es una buena opción durante el primer año de vida, pudiendo alargarse como máximo hasta los dos primeros años de vida,

cuando la alimentación del bebé continúa siendo principalmente por succión. A partir de este tiempo, se desaconseja su uso continuado, ya que puede tener consecuencias negativas para la formación del paladar, maxilares (mandíbulas), musculatura facial, dentición y desarrollo del habla.

Uso adecuado del chupete

Para un uso adecuado del chupete, el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de pediatría, ha recogido diferentes recomendaciones de las cuales se muestra un resumen a continuación:

- En los recién nacidos amamantados es mejor evitar el chupete durante los primeros días de vida hasta que la lactancia materna esté establecida y no desaconsejarlo a partir del mes de vida, edad en la que comienza el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante.
- Los profesionales deben conocer que en ocasiones el uso del chupete es un marcador de que existen dificultades en la lactancia, por lo que deben identificar estas situaciones y adquirir las habilidades necesarias para ayudar adecuadamente a las madres, tanto con la técnica de la lactancia como infundiéndoles confianza en sí.
- En las unidades neonatales en relación con los procedimientos dolorosos, si no existe la posibilidad de que el niño mame, se le debe ofrecer como método de analgesia no farmacológica la succión de un chupete.
- En los niños lactados artificialmente la

recomendación del uso del chupete es especialmente importante, ya que presentan otras características que pueden aumentar el riesgo del Síndrome de muerte súbita del lactante. (SMSL)

- Para evitar otros efectos adversos del uso del chupete se recomienda, en todos los niños, limitar su uso hasta el año de vida, lo cual incluye las edades de máximo riesgo del SMSL y aquellas en las que el lactante tiene más necesidad de succionar.

- Los profesionales de la salud deben conocer e informar a las familias que, además del chupete, existen otras maniobras para calmar a un bebé como son el contacto piel con piel y otros métodos de succión no nutritiva.

La retirada de la succión del dedo es más compleja aún que la retirada del chupete, ya que el dedo forma parte del cuerpo del bebé y lo tiene disponible más fácilmente. En adición, los malos hábitos provocados por la succión del dedo, tienen unas secuelas más severas que el uso del chupete.

Para ayudar en su retirada, se recomienda:

- Intentar sustituir por el chupete, o por otros estímulos como piel con piel o juegos de interés.
- No castigar, usar distracciones.
- Si el niño es mayor, se puede llegar a un acuerdo.

Si los problemas persisten y se alargan en el tiempo, es recomendable acudir al especialista: pediatra, logopeda, odontopediatra y en algunas ocasiones también al otorrinolaringólogo.



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

Musicoterapia en la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)

Virtudes Morcillo Martínez.

Presidenta de la AAMT. Maestra Jubilada. Musicoterapeuta registrada en España. MTAE y SMTAE por la AEMT-EMTC. Componente de CAEMT (Comisión de Acreditación Española de Musicoterapeutas). Colaboradora con la UNIZAR y USJ.

La musicoterapia es una disciplina terapéutica, una profesión relacionada con el campo de la salud. Utiliza la música (con sus tres componentes: ritmo, melodía y armonía) y actividades musicales para tratar necesidades físicas, psicológicas, cognitivas y sociales.

Los estudios de investigación realizados en estos últimos setenta años apoyan la efectividad de la Musicoterapia en varias áreas: para facilitar el movimiento en la rehabilitación física global; para motivar a las personas a enfrentarse con el tratamiento; favorece el apoyo emocional a pacientes y familias; es efectiva como medio de expresión de sentimientos y para la psicoterapia orientada al proceso. (American Music Therapy Association, 1997)

Son cada vez más los/as geriatras, neurólogos/as o médicos rehabilitadores que recomiendan Musicoterapia, como terapia no farmacológica, en el tratamiento de muchos pacientes. Ahora también se puede acceder a Musicoterapia online porque es posible llegar a un mayor número de personal, incluidos los que han de aislarse a causa de la pandemia u otras patologías.

¿Qué es la ELA?

La Esclerosis Lateral Amiotrófica, a grandes rasgos, es una enfermedad neurodegenerativa que afecta al sistema nervioso central. Se caracteriza por una degeneración progresiva de las neuronas motoras en la corteza cerebral, tronco del encéfalo y médula espinal. La consecuencia de esta patología es una debilidad de los músculos que avanza hasta la parálisis, extendiéndose de unas regiones corporales a otras. El nombre de la enfermedad, fue descrita por primera vez en 1869 por el médico francés Jean Martin Charcot,

¿Cuáles son los síntomas?

Problemas motores: Parálisis, debilidad y atrofia muscular, fasciculaciones y espasmos. Problemas en la deglución y el habla. Dificultades respiratorias.

Los primeros síntomas se manifiestan por la aparición de debilidad y pérdida de fuerza en un grupo muscular inervado por uno o más motoneuronas (músculos inervados por una raíz nerviosa) adyacentes, en cualquiera de las cuatro extremidades o en la región cefálica. Tales secuelas aparecen sin causa aparente, en ocasiones, después de un traumatismo.

En la actualidad se desconoce su origen, aunque existen varias hipótesis: causas víricas, tóxicas, genéticas o endocrinas. Entre un 5% y 10% de los casos de las personas se ven afectadas dentro de la misma familia. La mayoría se heredan de manera autosómica dominante, aunque también se pueden heredar de forma dominante.

Epidemiología

Esta patología afecta, especialmente, a personas de edades comprendidas entre los 40 y 70 años, más frecuentemente en varones entre los 60 y 69 años, aunque la diferencia de sexo no es muy significativa. Se da en todas las razas. Cada año se producen unos 2 casos cada 100 000 habitantes.

En nuestro País, más de 900 nuevos casos son diagnosticados. Y más 4.000 españoles padecen ahora esta enfermedad con poca esperanza de vida.

*La Fundación Francisco Luzón, a finales de 2017, presentó un informe en el que se analizaban los cuatro fármacos aprobados o en vías de investigación para luchar contra la ELA: Riluzol, Masitinib, Edaravone, y Tirasemtiv. Riluzol que actúa en el sistema neurológico evitando la excesiva activación de las neuronas motoras. Masitinib proporciona un efecto neuroprotector que ralentizaría la neurodegeneración....

¿Qué es ARAELA?

Es la Asociación Aragonesa de Esclerosis Lateral Amiotrófica, de Zaragoza.

La Asociación la forman 250 socios, de los cuales 70 son afectados. En Aragón, se estima que hay unos 200 enfermos de ELA aproximadamente. El 16 de diciembre de 2021, fue la inauguración de la nueva Unidad de ELA de Aragón (Unidad Autónoma de Enfermedades Neuromusculares Complejas) en el centro de especialidades Inocencio Jiménez.

Sera un centro pionero y de referencia en Aragón. En este centro se hará el seguimiento de los pacientes de Zaragoza y será unidad de referencia del resto de Aragón.

El Dr. Capablo será el responsable de la unidad de ELA formada por especialistas de Neurología, Neumología, Rehabilitación, Endocrino y Enfermería.

Esperamos que con la inauguración de ésta Unidad, mejore notablemente la atención y los servicios para los afectados de ELA.

Tras muchos meses de su aprobación, la Seguridad Social en Aragón va a empezar a suministrar gratuitamente, los dispositivos de comunicación ocular y todo el equipo necesario para su utilización. Se va consiguiendo poco a poco alguna ayuda que hasta ahora, al ser una patología sin esperanza de curación, no se ha recibido.

¿Cómo actúa la Musicoterapia en esta patología?

En primer lugar, redactamos un proyecto específico para esta patología, en el que se hace un estudio individualizado de cada paciente, teniendo en cuenta tanto su historial médico como su historial musical y familiar para poder aplicar un tratamiento. Es un trabajo interdisciplinar que requiere rigor y ética profesional. De ese modo iremos abordando cada uno de sus síntomas para mejorar su calidad de vida, intentando que, en las sesiones, encuentre

consuelo y bienestar dentro de sus dolencias más frecuentes.

Para las extremidades superiores (normalmente con pérdida de fuerza en las manos, que se manifiesta al inicio por la dificultad de abrocharse los botones o la dificultad para coger objetos de cualquier sitio), y con su música preferida, trabajaremos la psicomotricidad con pelotas que sean blandas, siempre adaptándonos a su ritmo; y seguidamente incluiremos una melodía con acompañamiento musical en vivo (guitarra, piano...etc.)

El mismo sistema usaremos para las extremidades inferiores por la debilidad en el pie. El síntoma más común es la imposibilidad de extender el dedo gordo o el pie caído.

En la zona de la cabeza y el cuello se observa la debilidad de los músculos de la lengua y de la faringe (que dan lugar a disartria o dificultad para articular sonidos y palabras) y la disfonía (pérdida del timbre normal de la voz) que imposibilita de forma progresiva pronunciar palabras. En las primeras fases también puede producirse disfagia (dificultad para tragar), especialmente con los líquidos. En esta fase, hemos de trabajar propuestas parecidas, con mucha paciencia al ser más difíciles de abordar.

También una proporción baja de casos pueden empezar con síntomas respiratorios por la afectación del diafragma. Siempre hemos de contar con la colaboración del logopeda y si es posible trabajar conjuntamente en la sesión cada uno desde su campo. Lo mismo para el movimiento que afecta al resto del tronco.

Las funciones cerebrales no relacionadas con la actividad motora, es decir, inteligencia y sensibilidad, se mantienen inalteradas. Apenas resultan afectadas las motoneuronas que controlan los músculos extrínsecos del ojo, los enfermos conservan los movimientos oculares hasta el final. Igualmente, no daña el núcleo de Onuf, por lo que tampoco resultan afectados los músculos de los esfínteres que controlan la micción y defecación.

Nuestro trabajo está sometido a una consecución de objetivos que al final de cada intervención son evaluados, dando conocimiento de avance o repetición, para las próximas sesiones si éstos no se cumplen.

Puntos clave de las sesiones de musicoterapia:

- 1.- Aprenderán de sí mismo a mejorar la comunicación empática: escuchar, atender, entender y ponerse en el lugar del otro.
- 2.- Utilizaremos esta terapia para reconocer y comprender cómo funcionan las emociones propias y ajenas y propiciar el acercamiento al paciente.

3.- Conseguiremos realizar la historia musical de los pacientes e identificar sus géneros musicales preferidos

4.-¿Cómo se prepara la SESIÓN? Comenzamos con una canción de saludo o inicio. Desarrollo propiamente de la sesión con todas las propuestas terapéuticas que conlleva. Y por último otra canción de despedida o cierre. Anotaciones con un registro de datos, evaluación y temporización de la sesión

5.-Se trabaja la autoconfianza y la autoestima con la participación en estrategias lúdicas. Enseñamos a expresar con la música las emociones y sentimientos de la enfermedad y su adaptación. Trabajamos la reminiscencia con la música, evocando recuerdos gratos. Elevamos el estado anímico participando en actividades creativas. Enseñamos técnicas musicales para relacionarse con el grupo (trabajo grupal). También para disminuir la ansiedad y el estrés a través de la relajación con la música.

6.-Enseñamos el manejo de pequeños instrumentos de percusión. Hablar y cantar en público. Estrategia de oratoria y el atrevimiento al canto, que siempre les cuesta. Hacer karaoke. Composición de canciones. Movimiento y danza cada cual desde sus posibilidades físicas. Y, por último, plasmar en un dibujo aquello que han sentido durante la sesión. Sin miedo a que le salga más o menos perfecto. En general, suelen decir: Yo no sé bailar, no sé cantar, no sé dibujar... pero al final, participan en todo.

7.- Por parte del musicoterapeuta, manejo del instrumental médico básico para medir constantes y registro de datos objetivos (tensiómetro, pulsioxímetro, regla para medir el dolor...etc).

Manejo de un instrumento melódico: guitarra, piano...etc. Manejo de la tecnología informática y musical para las sesiones.

La musicoterapia es la herramienta que sirve para manejar las situaciones de impacto emocional, el abordaje de situaciones delicadas y la disminución del sufrimiento de estos pacientes. Es herramienta para canalizar la impulsividad de pacientes y familiares con agresividad y abordar esas situaciones de comunicación difícil.

8.- Actuación básica para situaciones de primeros auxilios por parte del personal auxiliar de enfermería, ante accidentes o enfermedades agudas en pacientes mayores y personas dependientes: caídas, pérdida de conocimiento, atragantamiento, confusión, agitación...

9.- También pueden asistir a alguna sesión de Musicoterapia el personal del Centro para la autorregulación emocional y el autocuidado del propio profesional, para promover el bienestar en el ámbito laboral.

Antes de acabar, quiero agradecer la publicación de esta nueva experiencia a Zonahospitalaria-Aragón.

"ARAELA-Zaragoza" porque en este Centro desarrollé mi experiencia.

Y a Luis del Barrio, compañero musicoterapeuta que estuvo presente en varias sesiones y que con gran conocimiento de la materia, me hizo saber su experiencia como observador en las sesiones.

"Hola Virtudes.

Como hemos comentado después de la sesión, mi interés ha estado centrado sobre todo en conocer las características y la actitud del paciente y el acompañante. Así que desde la observación a éstos te comento en varias frases lo más significativo.

- El interés en todo momento por hacer todas y cada una de las propuestas que has sugerido, sin que las más grandes limitaciones corporales fueran un impedimento. Sin que las tareas más complicadas frustraran el intento.

- La empatía del MT con el grupo es un hecho evidente que les impulsa a trabajar disfrutando.

- La conexión con las canciones conocidas.

- La ilusión por compartir, cantando, bailando.

- La atención y esfuerzo en el trabajo personal psicomotriz.

- El poder y la naturalidad del contacto corporal.

- El magnífico ambiente de cordialidad, alegría, diversión.

- El carácter socializador de la sesión (paciente-acompañante, paciente-grupo, acompañante-grupo).

- Todo el mundo es protagonista (la importancia del silencio para permitir que cada persona tenga su espacio y su tiempo).

- La excelente acogida de los participantes a los «intrusos», gracias a tu dinamización de la sesión.

- La concienciación del positivismo, del optimismo como actitud ante la vida.

- La complicidad entre paciente y acompañante. Me he acordado mucho de mis padres, pues aunque no tienen estudios musicales, la música siempre está muy presente en casa, aunque últimamente no tanto como quisiera. Por ello, he visto la sesión como un auténtico regalo para ellos. Una belleza para los ojos ajenos.

En fin, he aprendido y disfrutado mucho. ¡Gracias!"



MERRELL®

BOREAL®

HH[®]
Helly Hansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



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

www.lapuertaverdepanticosa.com