

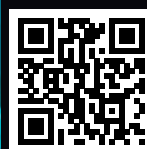
Síguenos en:  <https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/>

 <https://twitter.com/ZHospitalaria>

www.zonahospitalaria.com añoVII julioagosto2022 n°40

SUMARIO

- 2 Baja Visión
- 3 Un buen reconocimiento médico:
el mejor salvavidas del verano
- 4 Manejo del Síndrome de
Hiperestimulación Ovárica (SHO)
- 7 Angiomiolipoma renal
- 8 Beneficio del ejercicio y la dieta en
pacientes diabéticos
- 9 Alucinaciones auditivas...
- 10 Disfagia, dificultad para tragar
- 11 La infección por gonococo...
- 12 Prevenir las lesiones por medio
de la alimentación
- 13 Valoración funcional al ingreso
en Unidad de Agudos de Geriátria
- 14 Enfermedades de transmisión
sexual...
- 16 ¿Qué hacer ante un atragantamiento?
- 17 Covid, ¿qué test debo hacerme?
- 18 Cuidados de la boca seca
- 19 Balanitis y balanopostitis,
¿cómo prevenirla y cómo tratarla?
- 20 La puerta verde de Panticosa



EJEMPLAR GRATUITO

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

Verano caluroso



LENTES E-SCOOP. MAGNIFICAN Y DESPLAZAN LIGERAMENTE LA IMAGEN DEL ESCOTOMA.

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



www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

DMAE, GLAUCOMA, RETINOPATÍA DIABÉTICA, MIOPÍA PATOLÓGICA, DHR Y OTRAS, son patologías con afección visual, que 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, en la periferia o en ambas.

Se consideran pacientes de Baja Visión, aquellos cuya Agudeza Visual en el mejor de los ojos es menor o igual a 0.3 o su Campo Visual inferior a 20°.

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

El caso de María

María tiene DMAE (Degeneración Macular asociada a la edad), de tipo exudativa desde hace 2 años. Ha sido tratada por el oftalmólogo con inyecciones intravítreas. María continúa con sus revisiones periódicas habituales. Actualmente lleva gafas progresivas, pero no ve bien con ellas ni con ninguna otra gafa. María, es una persona de 68 años, muy activa, no se conforma con la respuesta "no puede ver más".

María acudió a **YANGUAS ÓPTICOS Baja Visión**, después de ser diagnosticada por su oftalmólogo. Nos explicó su día a día y nos manifestó sus discapacidades visuales para varias tareas cotidianas: "No puedo leer me desaparecen las letras, no puedo ver el ordenador, y me molesta muchísimo la luz, tengo como una niebla", nos comentaba.

En **YANGUAS ÓPTICOS** le explicamos que debido a la Degeneración Macular no podía

ver las caras de las personas ni la lectura como antes de su enfermedad, pero sí podía caminar sin tropezarse, ya que la DMAE no afectaba a su visión periférica.

Se le explicó que evaluando su resto de visión, intentaríamos aumentar con una ayuda de baja visión el tamaño de las letras, a un tamaño que ella pudiera ver y que le rehabilitaríamos para que leyera, mirando de forma diferente, **VER SIN MIRAR** que no iba a ver como antes de tener la degeneración macular pero que iba a conseguir leer.

En el caso de María magnificándole dos aumentos y prescribiendo unos prismas, conseguía leer a través de un microscopio (gafa de cerca tipo lupa).

En **YANGUAS ÓPTICOS** le concertamos varias sesiones de Rehabilitación Visual, para que María se beneficiara al máximo de esta ayuda visual.



Deslumbramiento

Para el deslumbramiento, las patologías oculares influyen en el paso de la luz. Cuando entra menos luz de lo habitual en el ojo, hay una reducción del contraste y una desaturación de los colores, se provoca un deslumbramiento.

LOS FILTROS SELECTIVOS controlan la cantidad de luz que entra en el ojo, aumentando de una forma eficaz el contraste y la resolución, minimizando el deslumbramiento.

En el caso de María se realizó la prueba de filtros en condiciones exteriores, un día de sol, en una zona arbolada con sombras y pasando luego a una zona con mucha luz.

El filtro elegido se lo prescribimos en una montura que no deja pasar la luz, ni frontal ni lateral.

La respuesta de María fue muy satisfactoria a este tipo de ayudas.

Ha recuperado de nuevo el hábito de lectura, y no padece deslumbramientos al salir a la calle.

Cualquier persona que teniendo serios problemas visuales producidos por patologías como degeneración macular, retinopatía diabética, glaucoma, catarata no operable, retinosis pigmentaria, Stargardt, miopía magna... y una vez que el oftalmólogo ha acabado con su tratamiento y tiene dificultad para realizar tareas habituales con sus gafas convencionales puede beneficiarse de estas ayudas tanto ópticas como electrónicas.

En **YANGUAS ÓPTICOS** los optometristas especialistas en baja visión, le evaluaremos su resto de visión e intentaremos darle más autonomía en actividades de su vida diaria.

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



ORCAM AYUDA INTELIGENTE PARA BAJA VISIÓN.



Un buen reconocimiento médico: el mejor salvavidas del verano

Comunicación Edificio Policlínica Artica

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Cada año, los accidentes de buceo se cobran más de veinte vidas en España. Esta tragedia podría evitarse visitando a un especialista en Medicina Subacuática que determine si existen contraindicaciones que impidan practicar este deporte, sugiera cómo reducir posibles riesgos y expida un certificado médico, tal y como lo exige la legislación.

Oxien Medicina Hiperbárica, primer y único centro en Navarra de Medicina Hiperbárica, impulsa la prevención a los amantes del buceo ofreciendo tratamientos vanguardistas y personalizados que cumplen con todos los estándares científicos.

El buceo posee una serie de características especiales que lo diferencian de otras actividades físicas. Concretamente, el hecho de someternos a presión mientras respiramos aire u otras mezclas gaseosas en un entorno acuático pone a prueba a gran parte de

nuestros sistemas orgánicos y, por supuesto, requiere del buen funcionamiento de estos. Antes de iniciarnos en esta práctica, al igual que sucede en otras disciplinas deportivas, debemos aportar un certificado médico.

Otras enfermedades, como la **diabetes** o el **asma**, deben ser cuidadosamente valoradas por un especialista en Medicina Subacuática, que determinará si la persona puede practicar buceo sin incurrir en peligros innecesarios y aconsejará sobre la mejor manera de proceder para que los riesgos sean mínimos.

La importancia de un reconocimiento por un médico hiperbárico

Este mecanismo podría prevenir parte de los accidentes relacionados con este deporte, que cada año se cobran más de veinte muertes en España. El reconocimiento debe repetirse cada dos años, en el caso de los buceadores deportivos, o anualmente, cuando se trata de profesionales. La revisión debe llevarse a cabo por un doctor especializado en **Medicina Hiperbárica**, tal y como lo recoge una orden ministerial publicada en el **Boletín Oficial del Estado (BOE)** en 1997. Estos especialistas son los únicos que están legalmente facultados para realizar esta labor y tienen la cualifica-

ción necesaria para identificar posibles riesgos o contraindicaciones que desaconsejarían la práctica de esta actividad.

Tratamiento hiperbárico

Oxien es el primer y único centro de Medicina Hiperbárica de Navarra avalado por la **Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH)**. El centro está ubicado en el **Edificio Policlínica Artica** y, además de realizar reconocimientos médicos para actividades subacuáticas, recomienda el tratamiento hiperbárico para las siguientes patologías:

- Padecimientos **neurológicos**, como migrañas, enfermedades cerebrovasculares y otras afecciones que precisen tratamientos ligados a la neurorrehabilitación.
- **Fibromialgia** y síndrome de **fatiga crónica**.
- **Enfermedades vasculares periféricas**, como pie diabético, úlceras y heridas de difícil cicatrización.
- Lesiones **deportivas** y tratamientos para optimizar el rendimiento físico.
- Lesiones **odontológicas**, como la osteonecrosis mandibular.
- **Intoxicación** por monóxido de carbono.
- Secuelas del **Covid-19**.



OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

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

MEDICINA HIPERBÁRICA

C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica. Navarra

948 06 80 80

www.oxien.es



Manejo del Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO)

Jara Carrera Banzo. FEA Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario San Jorge. Huesca.

Blanca Marzal López. D.U.E. Hospital Universitario San Jorge. Huesca.

Aurora Callau Calvo. F.E.A. Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario San Jorge. Huesca.

Helena Elfau Mur. M.I.R. Oncología Médica. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

María Guarga Nontori. FEA Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario San Jorge. Huesca

El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) es un proceso patológico que se produce en la fase lútea y que se caracteriza por crecimiento ovárico persistente, acumulación de líquido en aquellas cavidades que se encuentran revestidas de mesotelio (sobre todo pelvis y abdomen) y por un desequilibrio hídrico secundario. Se produce hasta en el 10% de los procesos de estimulación ovárica y en un 1% de los casos es grave.

Este cuadro se produce cuando el equilibrio establecido por los mecanismos de regulación del ciclo menstrual normal se ven interrumpidos por la administración exógena de hCG (gonadotropina coriónica humana) en los ciclos de estimulación de las técnicas de reproducción asistida, produciéndose una exageración del proceso fisiológico.

De esta forma, se produce el reclutamiento de un gran número de pequeños folículos antrales, con el consiguiente desarrollo sostenido de numerosos folículos antrales grandes hasta la ovulación (o luteinización). Esto conlleva una excesiva producción de factor de

crecimiento endotelial (VEGF) por los mismos, produciendo el desarrollo de una exagerada neovascularización (vasos con elevada permeabilidad), por lo que se produce la salida de líquido folicular y sangre perifolicular a la cavidad peritoneal, con grandes cantidades de VEGF, con la consiguiente absorción a la circulación general.

Estimulación gonadotrópica

Como consecuencia, se produce un aumento de la permeabilidad vascular sistémica, especialmente en las superficies mesoteliales, con acúmulo de líquido seroso en el tercer espacio, en forma de ascitis, derrame pleural o pericárdico.

Además, la disminución del volumen intravascular provoca hemoconcentración, reducción de la perfusión renal, un aumento del gasto cardíaco y riesgo de tromboembolismo.

Como se ha comentado, la administración de hCG exógena juega un papel fundamental y casi exclusivo en la patogenia del SHO. Independientemente del grado de respuesta a la estimulación gonadotrópica, el SHO no se produce a menos que se administre una dosis ovulatoria de hCG. Esto produce una lu-

teinización masiva (que induce la producción del VEGF), que no se ha observado cuando los pasos finales de la maduración de ovocitos se realiza con otros fármacos (por ejemplo, agonistas de la GnRH). Este efecto es debido a su gran actividad biológica, que es seis o siete veces mayor que el de la LH endógena (por su mayor vida media).

Entre los factores de riesgo descritos para el SHO se encuentran la edad joven, haber presentado un episodio previo de SHO y el síndrome de ovario poliquístico (con una odds ratio de 6,8). Además, existen algunos biomarcadores potenciales de riesgo como la hormona antimülleriana superior a 3,4 ng/ml o un recuento de folículos antrales mayor de 8. Otros factores secundarios relacionados con la respuesta ovárica a la estimulación son el número y tamaño folicular (mayor de 20 y mayores de 10 mm), elevada concentración de estradiol o rápido incremento (>2500 pg/ml), número de ovocitos recuperados en el ciclo de FIV, administración de hCG en lugar de progesterona para apoyo de la fase lútea y la consecución de embarazo, que incrementa la duración y la severidad del cuadro.



Los síntomas más frecuentes en el cuadro clínico del SHO son la distensión y dolor abdominal y las náuseas y vómitos. A la exploración física podremos encontrar un aumento del perímetro abdominal, edemas en miembros inferiores, oliguria, aumento de peso, disnea, signos de deshidratación e incluso deterioro del estado general.

Según el momento de aparición, podremos distinguir entre SHO temprano (antes de 9 días tras la administración de la hCG, en relación con la respuesta ovárica, dependiente de la hCG exógena y en ausencia de gestación desaparece en 10-14 días coincidiendo con la menstruación) y SHO tardío (aparece más de 10 días tras la administración de la hCG, en relación con la gestación, que prolonga o agrava el síndrome inicial y por tanto depende de la β hCG endógena producida por el sincitiotrofoblasto). Hasta el momento se desconoce cuál es el mecanismo de autorregulación que induce la desaparición del síndrome en su forma temprana o tardía.

Complicaciones específicas del SHO

También se puede clasificar el SHO en función de la gravedad del cuadro (Clasificación de Rizk y Aboulghar).

Además, existen una serie de complicaciones específicas del SHO como son la torsión ovárica (caracterizada por el aumento de tamaño ovárico, dolor abdominal, náuseas y vómitos, hipotensión arterial, leucocitosis progresiva y anemia) o el tromboembolismo (infrecuente pero muy grave, casi siempre venoso -75%- y debido a la hemoconcentración e hipercoagulabilidad, debe sospecharse ante aparición de síntomas neurológicos o dolor en áreas de frecuente aparición de trombos).

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras causas de abdomen agudo como son la gestación ectópica, el quiste hemorrágico, rotura de quiste folicular o la torsión ovárica. La clave para afinar el diagnóstico la obtendremos de los antecedentes (técnica de reproducción asistida), sumada a la presencia de factores de riesgo, junto con la clínica anterior-

mente mencionada y los hallazgos ecográficos (ovarios aumentados de tamaño con desarrollo folicular múltiple y líquido libre abdominal).

Además, en la analítica podemos observar característicamente un aumento del hematocrito (>45% en casos graves), leucocitosis, hiponatremia e hipercaliemia, elevación de las transaminasas, disminución del aclaramiento de creatinina e hipoalbuminemia.

El manejo del SHO va a depender de la gravedad del cuadro. En el SHO leve, el manejo va a ser conservador, principalmente de soporte y puede realizarse de forma ambulatoria.

El analgésico de primera línea es el paracetamol, estando contraindicados los AINE (por no ser recomendable su uso durante la gestación, además de comprometer la función renal). Si fuera necesario, podrán indicarse opioides orales. En caso de presentar náuseas, pueden indicarse antieméticos.

(Sigue en página 6)



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

El uso de agonistas dopaminérgicos se ha estandarizado en el SHO, ya que se ha demostrado que reducen la respuesta ovárica a la FSH y revierten el aumento de la permeabilidad vascular mediante la inhibición de la fosforilación del receptor 2 del VEGF. La cabergolina es el más estudiado y por tanto el más seguro para su administración. Otros pueden ser la quinagolida (se ha demostrado seguridad, pero tiene más efectos secundarios, sobre todo gastrointestinales) o la bromocriptina.

Estos fármacos disminuyen la incidencia del SHO moderado sin afectar al resultado del embarazo, es decir, no cambian las tasas de fecundación, implantación, aborto y gestación. Sin embargo, no han demostrado eficacia en la prevención del SHO tardío. Son útiles tanto en la prevención como en el tratamiento del cuadro (pueden disminuir su duración y gravedad). La cabergolina se utiliza a dosis de 0,5 mg/día vía oral durante 8 días. Si se prevé la aparición del cuadro, se administrará preferiblemente dos horas antes de la inyección de hCG para permitir la presencia de agonistas dopaminérgicos antes del aumento del VEGF. Será necesario restringir el ejercicio físico (para evitar incrementar el dolor abdominal o el riesgo de torsión), sin embargo, no debe indicarse reposo absoluto por el riesgo de tromboembolismo. En pacientes de riesgo (mayores de 35 años, obesas, con historia familiar de trombosis y/o trombofilias) deberá indicarse profilaxis tromboembólica con heparinas de bajo peso molecular.

También es altamente importante la hidratación oral, indicándose la ingesta de al menos 1-2 litros de líquido isotónico diario. Además, deberemos vigilar la ganancia de peso, diuresis, presencia de disnea, aparición de ascitis... Se realizarán controles ambulatorios del hematócrito, la función renal y hepática y la evolución de la β hCG.

Los casos de SHO moderado o grave precizarán de hospitalización. En la literatura encontramos criterios dispares ante los cuales ingresar a una paciente (por ejemplo: Hto >45%, leucocitosis >25.000, creatinina >1,6, vómitos incoercibles, severa oligoanuria, ascitis a tensión, disnea, etc.), por lo que consideramos que lo más adecuado será individualizar cada caso en concreto.

En estas pacientes la administración de analgesia y antieméticos se realizará por vía parenteral, así como la hidratación, que se realizará con soluciones isotónicas (a 125-150 ml/h). Debemos señalar que no se debe admi-

nistrar ringer lactato, ya que puede agravar la hiponatremia.

Se mantienen las mismas indicaciones en cuanto a la limitación de la movilidad, pero en estos casos, estará indicada la profilaxis tromboembólica a todas las pacientes hospitalizadas.

Se habrá de realizar una vigilancia más estrecha del balance hídrico: control de diuresis (debe ser de al menos 20-30 ml/h) y control diario de peso y perímetro abdominal.

Los diuréticos están contraindicados en estados de hemoconcentración, hipotensión o hiponatremia. Puede considerarse la administración de 20 mg de furosemida si el hematocrito es <38% para forzar la diuresis. En caso de no mejoría habrá que considerar la administración de albúmina.

La paracentesis o culdocentesis

Ninguna de estas medidas ha demostrado impedir la nueva acumulación de líquidos en el tercer espacio, por lo que será importante realizar controles de hemograma, función renal y hepática, β hCG, además de pruebas de imagen como radiografía de tórax, ecocardiografía y ecografía abdominal y/o vaginal diarias.

La paracentesis o culdocentesis (extracción de líquido ascítico por vía abdominal o por vía vaginal, respectivamente), es la medida que mejor recupera la sintomatología. Estará indicada en casos de ascitis clínica o sintomática (dolor, insomnio, etc.), alteración de la función respiratoria (disnea, hidrotórax, hipoxia), u oligoanuria que no mejora con tratamiento conservador. Ambas vías han demostrado ser exitosas, sin embargo, la más utilizada es la vía vaginal. Se recomienda control ecoguiado, y no extraer más de 4 litros en cada intervención. Si fuera necesario superar este volumen, habría que tener en cuenta la reposición de albúmina.

El tratamiento quirúrgico debe reservarse para las complicaciones: torsión ovárica, rotura ovárica con hemoperitoneo, quiste hemorrágico complicado o embarazo ectópico.

Estrategias primarias de prevención

Para la prevención del SHO, es clave identificar potenciales factores de riesgo. Entre las estrategias primarias de prevención se encuentran:

1. Reducción de la exposición a las gonadotropinas (ajustar dosis, estimulación "step up" o gradual, o "mild stimulation" con dosis bajas);
2. Utilizar análogos agonistas de GnRH (en SOP, menos días de estimulación y menos dosis de FSH);

3. Maduración de ovocitos in vitro (aunque tiene una menor tasa de implantación): y

4. Administración de metformina (en pacientes SOP con resistencia a la insulina, se ha demostrado prevención del cuadro, por un mecanismo todavía desconocido, aunque se plantea que la insulina aumente la expresión del VEGF).

Una vez diagnosticado el cuadro, como estrategias secundarias de prevención se conocen las siguientes:

1. Inducción de la maduración ovocitaria con agonistas de la GnRH en lugar de hCG (se trata de la medida que mejor previene el SHO temprano);
2. Coasting (suspender la administración de gonadotropinas mientras se mantienen los aGnRH hasta que los valores de estradiol caigan a concentraciones seguras);
3. Administración de agonistas dopaminérgicos (por el mecanismo que ya se ha comentado, como la cabergolina);
4. Criopreservación de ovocitos y embriones (no realizar la transferencia en el mismo ciclo que se obtienen los ovocitos);
5. Cancelación del ciclo (previene totalmente el riesgo de SHO temprano). Esta última es la medida que se debe tomar cuando han fracasado las anteriores y existe un riesgo elevado de SHO.

Regresión de la permeabilidad vascular

Es importante resaltar que se trata de un cuadro clínico de fisiopatología autolimitada, en el que se produce una regresión de la permeabilidad vascular de manera espontánea (por un mecanismo hasta ahora desconocido), en el que, si el embarazo no es evolutivo, la resolución del cuadro tendrá lugar en unos 10-14 días, mientras que, si hay gestación tardará más en desaparecer.

Ensayos no controlados han observado una asociación del SHO con la diabetes gestacional y la enfermedad hipertensiva del embarazo. Ensayos controlados no han demostrado un aumento de la morbilidad materno-fetal en segundo y tercer trimestre de gestación comparado con mujeres que no desarrollaron SHO.

Angiomiolipoma renal

Eva María Salas Trigo, Laura Enguita Arnal, Walter Orlandi Oliveira y Mónica Sanz del Pozo. Médicos Internos Residentes. María Jesús Gil Sanz. Jefa de Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet

Es un tumor renal mesenquimatoso benigno, que puede formar parte del complejo de esclerosis tuberosa (10%) o suceder de forma esporádica (90%). Se caracteriza por la proliferación de células epitelioides perivasculares, perteneciendo a la familia de los PComas. En esta familia, algunos pueden comportarse de forma agresiva o incluso producir metástasis, pero los angiomiolipomas clásicos son completamente benignos.

Signos y síntomas

La mayoría de los angiomiolipomas son asintomáticos, pero los más grandes pueden ocasionar dolor local. También pueden ocasionar hematuria o masa palpable en flanco.

Complicaciones

La complicación más grave asociada a los angiomiolipomas es el sangrado retroperitoneal (<10% como forma de diagnóstico) o a vía urinaria por la formación de vasos irregulares y aneurismáticos dentro del tumor, que pueden romperse de forma espontánea, y el riesgo de rotura es mayor que en el CCR. Los principales factores de riesgo de sangrado son el tamaño tumoral (>4 cms), el grado de componente angiogénico y la presencia de esclerosis tuberosa. También hay un mayor riesgo de rotura durante el embarazo. En pacientes con esclerosis tuberosa hay una tasa de hemorragia estimada entre el 21 y el 100% según las series.

Diagnóstico

Frecuentemente se puede realizar mediante ECO, RM o TC por su alto contenido en tejido adiposo, sin embargo, en el angiomiolipoma pobre en grasa las imágenes pueden ser más dudosas, resultando más difícil diferenciar entre estos tumores epiteliales y los tumores de células de músculo liso.

- ECO: lesión bien delimitada, hiperecogénica y con sombra posterior. Si es pequeño, sin crecimiento y no hay dudas con CCR, no es necesario realizar TC.
- TC: es característica la presencia de grasa (-20 -30 UH).
- AngioTC: aproximadamente un 50% de los AML presentan aneurismas, con riesgo de rotura en los mayores de 5 mm.
- RNM: se realiza en caso de dudas con TC, como pueden ser los AML pobres en grasa (son el 5%, y pueden ser una variante epitelioides), en los AML grandes (pueden simular liposarcomas), o CCR con grasa (presentarán también calcificaciones o necrosis).

En los pacientes con esclerosis tuberosa para evitar la exposición repetida a la radiación el seguimiento se realizará alternando ecografía y RNM.

Es importante sospechar la esclerosis tuberosa, por su peor pronóstico. Se debe investigar en caso de bilateralidad, multiplicidad o acompañarse de quistes renales bilaterales.

Opciones terapéuticas

Los tumores que no pueden identificarse claramente como benignos deben tratarse como un carcinoma de células renales (frecuentemente con cirugía)

La vigilancia activa es la opción más adecuada para el manejo inicial de los angiomiolipomas. El seguimiento se realiza con ecografía para valorar su crecimiento, individualizado según la tasa de crecimiento que presente. En caso de estabilización se podrá realizar de forma anual o bienal.

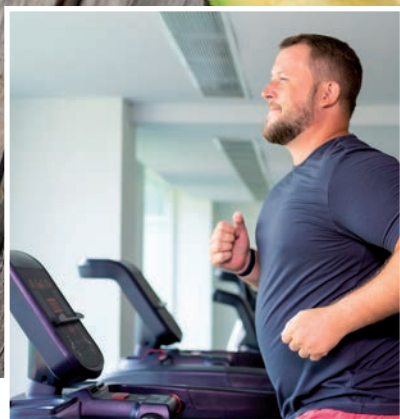
Su tratamiento viene condicionado por el riesgo de hemorragia y de malignización, y habrá de decidirse teniendo en cuenta el tamaño, los síntomas, y los factores del paciente. Son criterios de intervención los siguientes:

- Dolor persistente
- Mujeres con deseo reproductivo

- Dificultad para un seguimiento adecuado o difícil acceso a servicios médicos en caso de emergencia.
- Episodios de sangrado agudo.
- Episodios de sangrado repetido.
- Tumores >4 (prevención de la ruptura espontánea y hemorragia severa). Actualmente se discute esta indicación como absoluta, y podría diferirse la cirugía si no presenta ninguna otra de las demás características.
- Aneurismas >5 mm
- Crecimiento rápido (>1 cm/año)
- Lesiones sospechosas de malignidad

Hay varias estrategias terapéuticas a seguir en el manejo de los angiomiolipomas:

- Cirugía conservadora de nefronas: es el tratamiento de elección en los angiomiolipomas esporádicos
- Embolización selectiva: es la técnica de elección en los pacientes con esclerosis tuberosa. También puede ser útil en los siguientes casos:
 - Tumores grandes (>4-5cms) no aptos para cirugía conservadora.
 - Sangrado activo
 - Tumores de gran tamaño para reducir el tamaño tumoral previo a la cirugía.
- Ablación por radiofrecuencia: puede ser una opción en algunos pacientes no candidatos a intervención quirúrgica, embolización ni vigilancia, como los angiomiolipomas múltiples (<3cms) y en crecimiento, contexto relativamente frecuente en pacientes con esclerosis tuberosa.
- Everolimus (inhibidor de la mTOR): induce una reducción del tamaño en pacientes que presentan esclerosis tuberosa, no indicado en angiomiolipomas esporádicos. Se deberá administrar de forma indefinida. Es el tratamiento de elección en pacientes con angiomiolipomas epitelioides malignizados metastáticos.



Beneficio del ejercicio y la dieta en pacientes diabéticos

Dra. Isabel Moreno Lucente. FEA en Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel

La mayoría de los pacientes diagnosticados como diabéticos tipo 2 tienen sobrepeso, siendo el factor no farmacológico más asociado con un buen control glucémico la pérdida de peso.

Las recomendaciones de dieta y el ejercicio en pacientes diabéticos se basan fundamentalmente en:

- Lograr un peso saludable.
- Evitar complicaciones cardiovasculares.
- Lograr un control mejorado del azúcar.

La pérdida de peso mejora el control de otros factores de riesgo cardiovascular como la HTA, los niveles séricos de colesterol y triglicéridos; pudiendo aumentar el colesterol HDL (con demostrado efecto cardioprotector).

Los pacientes diabéticos con obesidad o sobrepeso, deben incluir un plan de comidas personalizado para asegurar el déficit calórico. Existe fuerte evidencia científica que sustenta que: la pérdida de peso moderada (a partir del 7,0%) y sostenida en el tiempo frena la progresión de la prediabetes a la diabetes. Los objetivos del tratamiento médico nutricional irán enfocados a intentar modificar actitudes y estilos de vida que mejoren la calidad de vida. Para ello los profesionales:

1. Promoverán y apoyarán hábitos alimenticios saludables con intención de mejorar la salud en general, lograr objetivos apropiados para el peso corporal, los niveles de lípidos, la presión arterial y el glicemia en sangre. Así mismo, intentarán retrasar o prevenir los síntomas de las complicaciones de la diabetes.
2. Satisfarán las necesidades nutricionales individuales en función de las preferencias del paciente, sin olvidar los rasgos y caracte-

rísticas culturales, la educación sanitaria y las habilidades del paciente.

3. Mantendrán "el placer de comer" mediante el envío de mensajes que no juzguen negativamente las elecciones de alimentos, sino que limiten las elecciones de los alimentos calificados como perjudiciales o poco apropiados.
4. Brindarán herramientas prácticas para desarrollar hábitos alimenticios saludables.

Recomendaciones dietéticas para las personas con DM tipo 2

- Se recomienda una dieta hipocalórica junto con un programa de ejercicio adecuado para la pérdida de peso (>5%) en adultos con sobrepeso, obesos, prediabéticos y DM tipo 2.
- La alimentación debe ser equilibrada y variada, recomendándose ingerir alimentos ricos en ácidos grasos omega 3 de cadena larga (nueces, semillas variadas y pescado azul).
- No se requieren suplementos con vitaminas, minerales o antioxidantes; ni tampoco con omega 3 exógenos. En pacientes con dietas vegetarianas o veganas, sí se recomienda añadir suplementos de micronutrientes tras ser valorados por un profesional médico.
- Se recomendará a los pacientes elegir alimentos ricos en fibra, como vegetales crucíferos, verduras de hoja verde, legumbres, cereales integrales y productos lácteos.
- Se deben evitar las fuentes de alimentos con azúcar añadida y las bebidas azucaradas para controlar el peso, reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular y enfermedad del hígado graso.
- Se aconseja ingerir > 40g/día de fibra, habiéndose demostrado que las dietas ricas en fibra disminuyen el riesgo cardiovascular y los eventos asociados a éste.

- El consumo de alcohol será limitado, haciendo diferencias entre hombres y mujeres: 2 unidades/día en varones y 1 unidad/día en mujeres.

- La ingesta de sal será reducida, siempre por debajo de 2,3 gramos/día. El consumo será aún más restringido, recomendando que sea nulo, en aquellos pacientes que sufran de diabetes e HTA.

- Siempre deben tenerse en cuenta las calorías totales y los objetivos metabólicos. No existiendo un reparto calórico ideal entre hidratos de carbono, lípidos y proteínas en personas con DM tipo 2. Los planes alimentarios siempre deben ser individualizados.

Ejercicio en personas diabéticas

La actividad aeróbica estructurada y controlada, tal como ejercicios sencillos de movimiento (como pasear o pedalear en una bicicleta) o de fuerza (ejercicios con pesas o bandas elásticas) han demostrado:

- Ser seguros para los pacientes con DM tipo 2.
- Disminuir la mortalidad cardiovascular.
- Reducir el peso y la circunferencia abdominal.
- Disminuir la hemoglobina glicosilada.
- Un descenso de los niveles de azúcar y colesterol en sangre.

A los pacientes diabéticos se les recomienda realizar ejercicios aeróbicos y de resistencia de forma regular, marcándose como objetivo un mínimo de 30 minutos al día. Se deben establecer metas graduales hacia el cumplimiento de los objetivos recomendados, disminuyendo progresivamente el tiempo de inactividad. Los ejercicios de flexibilidad y de equilibrio son especialmente importantes en adultos mayores con diabetes para mantener el equilibrio.

Alucinaciones auditivas, ¿tengo demencia doctora? A proposito de un caso

Carmen Elías de Molins Peña. Médico Geriatra. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
Irene Castillo Torres. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Mujer de 89 años, con antecedentes personales de: alergia a penicilinas y derivados, hipotiroidismo subclínico, insuficiencia cardiaca, hernia de hiato, síndrome ansioso-depresivo, glaucoma. En tratamiento crónico con: furosemida 40mg, bisoprolol 2'5mg, Lorazepam 1mg, Escitalopram 10mg y omeprazol 20mg.

Valoración geriátrica

- Valoración Social: Viuda. Institucionalizada. Tiene un hijo. Buen apoyo familiar.
- Valoración Funcional: Independiente para actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria. Índice de Barthel: 100/100; Lawton y Brody: 8/8.
- Valoración Cognitiva: sin historia de deterioro cognitivo previo. Descanso nocturno conservado. Síndrome Depresivo de larga data. Batería pruebas: SPMSQ:1/10 errores. MEC:28/35. Reloj:9/9.
- Valoración Nutricional: No alteraciones en la deglución. Dieta variada. MiniMNA: 12. Estado nutricional normal.

Enfermedad actual

Ingresa en servicio de agudos de Geriatría por cuadro de alucinaciones auditivas de índole sexual de unas semanas de evolución, que generan cuadro de ansiedad y suspicacia hacia resto de residentes. Se realiza estudio-diagnóstico diferencial para filiar posibles causas.

Estudio del caso

Entrevista y exploración mental: consciente, alerta, orientada. Aspecto cuidado, actitud colaboradora. Lenguaje en tono y ritmo normal, coherente, centrado en sus necesidades. Pensamiento concreto, estructurado, no se objetiva ideación delirante, conciencia de

enfermedad, juicio de realidad conservado. Se descarta proceso orgánico o infeccioso intercurrente; mediante exploración física, analítica de sangre (vitamina B12, ácido fólico, hormonas tiroideas) y TAC cerebral sin encontrarse alteraciones significativas. Se realizan test cognitivos para descartar como síntoma de inicio prodrómico un posible deterioro cognitivo, estando en rangos de normocognición. Tampoco cumple criterios según DSM-5 para otra patología psiquiátrica. Se realiza valoración psicológica para descartar posible sintomatología depresiva, encontrándose eutimia con tratamiento crónico con ISRS.

Se diagnóstica de alucinaciones auditivas persistentes por DSMV: Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico 298.8 (F28); y se inicia tratamiento con quetiapina con escasa resolución (en seguimiento en consultas externas),

se probó tratamiento con otros antipsicóticos sin mejoría y con peor tolerancia (sobre todo gástrica) por lo que al cabo de meses de tratamiento se decide su suspensión. se realiza terapia psicológica con sesiones que permiten a la paciente hacer auto crítica de dichas alucinaciones auditivas, sin que alteren sus relaciones sociales u otras actividades con su entorno.

Discusión

Entre el 10-15% de todos los individuos sanos de la población general, experimentan alucinaciones auditivas, sin cumplir otros criterios clínicos de enfermedad psiquiátrica; aunque mejor toleradas, presentan mayor resistencia a neurolépticos y muchas veces su diagnóstico es de exclusión.

Disfagia, dificultad para tragar

*Carlos Gimillo Monterde- Graduado en Enfermería.
Isabel Moreno Lucente. FEA Medicina Interna.
Ud Crónicos Complejos. Hospital Obispo Polanco*



El término disfagia engloba toda dificultad que una persona puede tener para tragar. Esta tiene varios orígenes, entre los más importantes destacaríamos los ICTUS o ACV, procesos neurológicos (demencias, parálisis...) procesos propios del envejecimiento y problemas obstructivos (estrechamientos del tubo digestivo superior).

La importancia de conocer cómo tratar a las personas con un mayor o menor grado de disfagia, radica en conseguir el mejor estado nutricional posible, para ello daremos unas pautas dietéticas, nociones de higiene postural, hábitos y estrategias terapéuticas.

¿Cómo detectar si hay disfagia? (signos y síntomas)

Podemos sospechar ante un caso de posible disfagia si se detectan algunos de los siguientes síntomas:

- Tos durante o tras las comidas.
- Carraspeo tras comer o beber para aclarar la voz.
- Cambio de voz tras las comidas. (voz húmeda).
- Traga en varios intentos, retiene comida en los carrillos. (Deglución fraccionada).
- Mantiene comida en la boca tras la deglución. (residuo oral).
- Cierre de los labios inadecuado, babea, pierde comida de la boca (déficit sello labial).
- Atragantamiento al tomar diferentes texturas juntas.
- Fiebres y neumonías sin causa aparente.

Lo más adecuado si sospechamos de una posible disfagia es consultar con nuestro médico, con ello podremos reducir la consecuencia más grave de la disfagia, la Neumonía por aspiración.

Medidas dietéticas en caso de Disfagia

En las personas que se ha detectado una disfagia, será imprescindible adecuar la alimentación en cuanto a textura, consistencia y cantidad de los alimentos a ingerir consiguiendo así una alimentación adecuada y sin riesgos. Estas medidas afectarán tanto a sólidos como a líquidos.

A continuación, daremos unos consejos para adaptar la textura de los alimentos sólidos:

- 1 Colar los alimentos, y conseguir una consistencia similar, evitando grumos, espinas, filamentos etc. Utilizaremos el chino o pasapuré.
- 2 Evitar añadir más líquido del necesario manteniendo así una consistencia más densa.
- 3 Triturar los alimentos inmediatamente antes de tomarlos. (minimizar las pérdidas de sus propiedades).
- 4 Cocinar al vapor, presión o microondas para evitar las pérdidas nutricionales por cocción.

Adaptación de alimentos con texturas líquidas

Cualquier líquido deberá adaptarse al grado de disfagia de cada paciente, pudiéndose utilizar diferentes recursos y productos comerciales como espesantes y aguas gelificadas.

Aguas gelificadas:

Podemos encontrar con diversos sabores y cantidades, con textura Pudín. Pueden refrigerarse, transportarse y calman la sed. No hay que confundirlas con gelatinas, estas pueden cambiar su textura transcurrido un tiempo.

Espesantes:

Son una serie de polvos que se diluyen en agua o cualquier otro líquido que hacen que este aumente su densidad, favoreciendo una deglución fácil.

Pueden tener diferentes sabores, y son los únicos que pueden ajustarse a los tres tipos de texturas (líquido, néctar, pudín), ya que según la cantidad que se añade al líquido podemos subir o mantener la densidad.

Alimentos a evitar:

- Frutas y verduras con semillas o huesos (Kiwi, granada, fresas)
- Alimentos que se desmenuzan en la boca o que sueltan migas (magdalenas, corteza de pan)
- Alimentos pegajosos (caramelos, leche condensada, pan de molde.)
- Líquidos con pulpa tipo zumos de frutas sin colar y horchata. Si se filtran pueden tomarse.

Pautas y hábitos

Una vez comprendido la importancia del tipo de alimento y sus variaciones de texturas, debemos tener en cuenta que los hábitos, distracciones y posturas son muy importantes. El cuidador supervisará:

- Paciente alerta durante la ingesta. (Evitar hablarle, televisión).
- Nivel de conciencia adecuado, si somnolencia no dar de comer.
- Postura erguida, sentado con la espalda pegada al respaldo de la silla. En pacientes encamados intentar la mayor incorporación posible.
- Permanecerá incorporado durante 30-60 minutos tras la ingesta (evitando reflujo gástrico y posterior aspiración).
- Adaptar la cantidad de comida a ingerir (iniciar con cuchara de postre y progresar según la adaptación).
- Evitar el uso de pajitas y jeringas, impiden la correcta deglución.
- Si se usa dentadura, seguir haciéndolo, a no ser que no esté bien ajustada.
- No descuidar la higiene oral antes y después de la ingesta.
- Es recomendable flexionar la cabeza hacia el pecho al tragar, con ello favorecemos que el alimento progrese al estómago y no a las vías respiratorias.

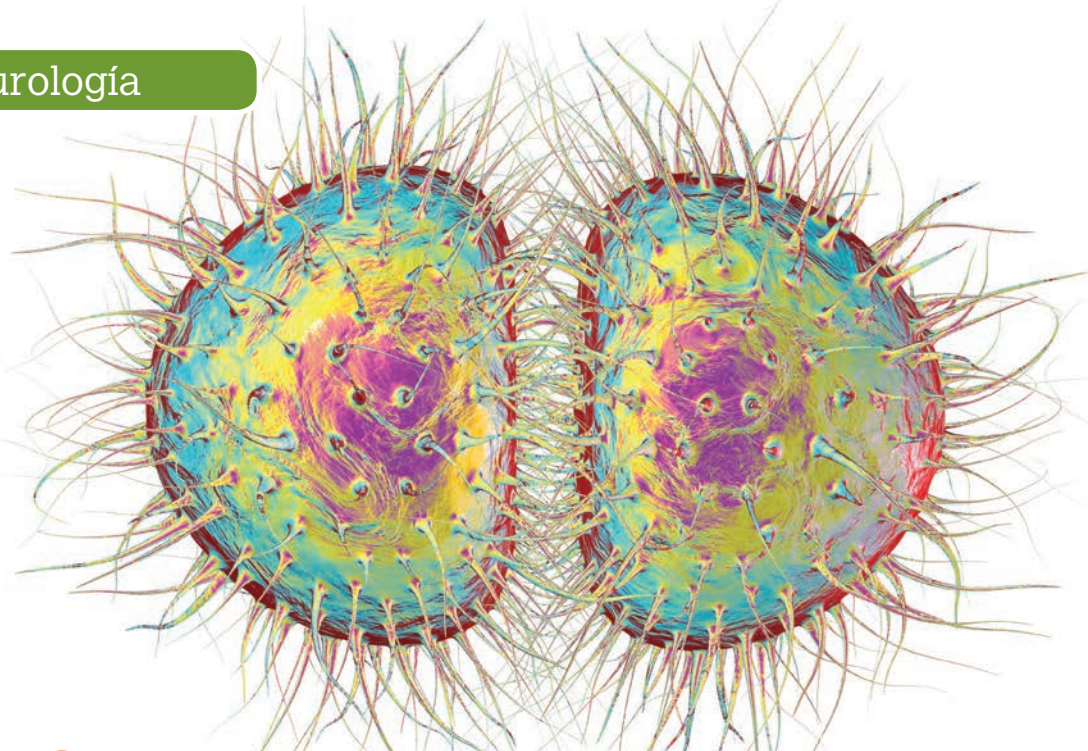
Estrategias terapéuticas

Podemos realizar unas técnicas compensatorias que ayudan al usuario a mejorar la deglución disminuyendo los síntomas de la disfagia.

Podremos hablar de cuatro estrategias básicas:

- Adaptación de volumen
- Adaptación de textura
- Adaptación postural
- Adaptación del entorno.

Controlando estos cuatro factores, podremos conseguir una buena nutrición, buena hidratación y en definitiva una adaptación de la persona a su nueva vida buscando la máxima independencia y funcionalidad.



La infección por gonococo, ¿es grave?

Laura Enguita Arnal, Eva María Salas Trigo. Médicos Internos Residentes.

Walter Orlandi Oliveira, Mónica Sanz del Pozo. Médicos Adjuntos.

María Jesús Gil Sanz. Jefa de Servicio.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

La infección por gonococo es una infección producida por una bacteria llamada *Neisseria gonorrhoeae* y forma parte de las llamadas enfermedades de transmisión sexual (ETS). El grupo más frecuentemente afectado es el del varón adulto joven (18-28 años).

¿Cómo se presenta?

Los síntomas aparecen entre 3 y 14 días tras el contacto sexual de riesgo. La presentación es diferente según el afectado sea varón o mujer. En el varón se observa la salida de un material purulento a través del pene, y se pueden asociar además otros síntomas como el escozor

al orinar o la urgencia miccional; en ocasiones la infección puede afectar al testículo o a la próstata. En las mujeres esta infección suele cursar sin síntomas; de producirlos, el escozor al orinar y la molestia en la zona abdominal baja o vaginal constituyen los síntomas más frecuentes.

¿Existe tratamiento?

La infección por gonococo es una de las enfermedades de transmisión sexual que dispone de tratamiento curativo. El tratamiento consiste en una pauta corta de antibiótico (a veces incluso una única dosis) y no requiere hospitalización en la inmensa mayoría de los casos.

Ante la sospecha de infección por gonococo, se inicia el tratamiento antibiótico y se recoge una muestra del material purulento que sale a través del pene para confirmar el diagnóstico. También serían útiles otro tipo de pruebas con el fin de descartar la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, como por ejemplo el VIH.

Es importante, además, el estudio y tratamiento de las parejas sexuales pese a la ausencia de síntomas presentes en los mismos, y también las medidas preventivas que evitarán, en un futuro, el contagio de esta y otras enfermedades de transmisión sexual.



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 (100 €) y en pág. Aragón (50 €) [Precios/Mes +IVA]

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

aragon@zonahospitalaria.com

Prevenir las lesiones por medio de la alimentación

Raquel Aznar Manso. Fisioterapeuta y Dietista. Zaragoza.

Gema Traver Martínez y Patricia Valero Ortiz. Fisioterapeutas. Zaragoza.

Gema Galindo Morales. Fisioterapeuta Atención Primaria. Zaragoza

El riesgo de lesión es un hecho presente en nuestro día a día y la inflamación va a ser el mecanismo de respuesta que nuestro organismo va a dar para reparar ese tejido dañado.

Esta inflamación fisiológica se produce gracias a sustancias proinflamatorias presentes en nuestro organismo que provienen de los alimentos que ingerimos y que son liberadas para iniciar la reparación.

Sin embargo, en ocasiones esa respuesta natural y necesaria que inicia nuestro organismo ante un daño, puede no ser tan beneficiosa si se ve favorecida, aumentada o mantenida en el tiempo por un exceso de sustancias proinflamatorias.

Nosotros podemos ayudar en el día a día a nuestro organismo a promover un buen sistema inmunitario y a no propiciar estados inflamatorios inadecuados cambiando ciertos hábitos alimentarios que conseguirán, en definitiva, prevenir futuras lesiones.

Pero, ¿cómo podemos ayudar a nuestro organismo? Simplemente acogiendo un estilo de vida más saludable.

Podemos actuar mediante la alimentación de la siguiente manera:

- Consumiendo alimentos ricos en antioxidantes como la fruta, pero sobre todo frutos rojos, frutos secos, verduras poco o nada cocidas, chocolate puro, especias como la canela, orégano, cúrcuma, comino, etc.

Los antioxidantes son sustancias como la vitamina C, los carotenoides, etc., que tienen la capacidad de hacer frente al efecto degenerativo de los radicales libres que alteran el buen funcionamiento de nuestras células.

- Aumentando la fibra (vegetales, legumbres, opciones integrales, etc.) y el consumo de prebióticos (un tipo de fibra de vegetales como la alcachofa, cebolla, ajo...) y probióticos (alimentos fermentados como el yogurt, el queso, kéfir, encurtidos...).

Todos ellos tienen un efecto beneficioso sobre la flora intestinal que potencia nuestro sistema inmunitario. Funcionan como "alimento" para el crecimiento bacteriano de la flora intestinal, que sirve de protección frente a otras bacterias o sustancias patógenas, mejora la digestión de alimentos más intolerables (como por ej. la leche), y mejora la alergia a macromoléculas. Además, permite hacer frente al estreñimiento y la diarrea, evitando su consecuente agresión a la mucosa intestinal.

- Reduciendo los alimentos procesados, muy salados, azucarados y refinados y en la medida de lo posible limitarlos al consumo ocasional. Suelen ser alimentos que alteran el equilibrio de nuestro organismo, produciendo por ejemplo retención de líquidos. En el caso de los alimentos azucarados, para reducir el aumento de la glucemia nuestro organismo libera insulina. Si esta situación se prolonga en el

tiempo la insulina acabará circulando en sangre sin descender la glucemia y propiciando la producción de sustancias proinflamatorias continuamente.

- Aumentando el consumo de pescados azules ricos en omega 3 (atún, bonito, trucha, sardinas, chicharro, anchoas y salmón).

Esto se basa en los tipos de grasa y su efecto sobre la inflamación. Resumiendo, dentro de las grasas encontramos los ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados. El aceite de oliva es un ejemplo de grasa monoinsaturada que contribuye a mejorar nuestros índices lipídicos (colesterol).

Entre los ácidos grasos poliinsaturados diferenciamos los omega-3 y los omega-6. Estos son capaces de reducir (omega 3) o propiciar (omega 6) la inflamación. Las prostaglandinas son las sustancias inflamatorias por excelencia que derivan de los omega-6 (proviene de semillas, por ejemplo, el aceite de girasol) y aunque igualmente son esenciales deben tener menor presencia en la dieta. Por tanto, habrá que apoyarse más en pescados azules ricos en omega-3.

Para finalizar, subrayar que aunque nos ocupe un objetivo antiinflamatorio en este caso, estas recomendaciones no distan mucho de las recomendaciones genéricas de alimentación saludable y cobra verdadera importancia ponerlas en práctica.

Valoración funcional al ingreso en Unidad de Agudos de Geriatría



Carmen Elías de Molins Peña. Médico Geriatra. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
Jorge Eduardo Corrales Cardenal. Médico Geriatra. Hospital Reina Sofía. Tudela.
María Salvador Gómez. Enfermera. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Durante una afección aguda que motiva un ingreso hospitalario, es muy importante realizar una valoración geriátrica global e integral del paciente, sobre todo de aquellos que más complicaciones pueden desarrollar durante la hospitalización, para poder detectarlo y prevenirlo, como es en el paciente anciano hospitalizado.

Por eso en unidades de hospitalización de Geriatría, para poder conocer mejor el perfil del paciente que ingresa en todas sus esferas, se realiza una valoración geriátrica integral. Esta valoración nos servirá en la toma de decisiones, establecer un juicio clínico y pronóstico adecuado, así como planificar cuidados junto con el paciente y familiares. Una de estas valoraciones que ha de realizarse al ingreso, es la valoración funcional,

que consiste en el estudio de las capacidades físicas del anciano en todo su espectro, desde las tareas motoras más simples y su capacidad de autocuidado hasta el ejercicio e independencia en el medio ambiente.

Dentro del espectro de la discapacidad, las actividades básicas de la vida diaria suponen el nivel más elemental de función.

Una de las escalas más utilizadas por su validación en múltiples ámbitos así como facilidad y rapidez de uso es el índice de Barthel. Este nos indica el nivel de dependencia que presenta a la hora de comer, en el aseo y vestido, si presenta incontinencia urinaria o fecal, si precisa ayuda para ir al baño, así como su autonomía para la deambulación, realizar transferencias o subir escaleras.

La mayoría de los pacientes que ingresan en una unidad de agudos presentará en ese momento una dependencia casi total por su

estado clínico muchas veces inestable, por lo que es importante conocer la funcionalidad previa al ingreso o al inicio de los síntomas que motivaron este, para poder potenciar y preservar dicha autonomía y evitar un deterioro funcional hospitalario.

Se entiende como deterioro funcional hospitalario a la pérdida de capacidad para realizar al menos una actividad de la vida diaria básica en el momento del alta, respecto a la situación funcional considerada como dos semanas antes del inicio de la enfermedad aguda. Se mide la pérdida de funcionalidad como la diferencia entre el índice de Barthel basal y al alta, siendo positiva cuando esto es mayor de 5 puntos.

La función de un paciente marca su calidad de vida, bienestar, necesidad de autocuidados y apoyos sociales, por lo que mantener dicha autonomía es importante.

	ÍNDICE DE BARTHEL	Previo	Ingreso	Alta
ALIMENTACIÓN	10: Independiente; 5: Necesita ayuda; 0: Dependiente.			
LAVADO (baño)	5: Independiente; 0: Dependiente.			
VESTIDO	10: Independiente; 5: Necesita ayuda; 0: Dependiente.			
ASEO	5: Independiente; 0: Dependiente.			
DEPOSICIÓN	10: Continente; 5: Accidente ocasional; 0: Incontinente.			
MICCIÓN	10: Continente; 5: Accidente ocasional; 0: Incontinente.			
WC	10: Independiente; 5: Necesita ayuda, se limpia solo; 0: Dependiente.			
TRANSFERENCIAS	15: Independiente; 10: Ayuda de persona no entrenada; 5: Ayuda de persona entrenada; 0: Dependiente: grúa o 2 personas.			
DEAMBULACIÓN	15: Independiente; 10: Necesita andador; 5: Independiente silla de ruedas; 0: Dependiente, ayuda de 2 personas.			
ESCALONES	10: Independiente; 5: Necesita ayuda; 0: Dependiente.			
	TOTAL:			

< 20: dependencia total. 20 - 40: dependencia grave. 45 - 55: dependencia moderada. 60 o más: dependencia leve.

Enfermedades de transmisión sexual: una realidad cada vez más común

Dra. Isabel Moreno Lucente. FEA en Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) o infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. El contacto puede ser vaginal, oral o anal, pudiendo en ocasiones transmitirse a través de otro contacto físico íntimo (son ejemplos del contagio piel a piel, la infección por el VPH y el herpes genital).

Las causas de las ETS pueden ser:

- Bacterias: gonorrea, clamidia, sífilis, chancro blando, mycoplasmas.
- Virus: VPH, VIH, herpes genital, CMV, hepatitis (A, B y C), molluscum contagiosum.
- Parásitos: ladillas, tricomoniasis, sarna.
- Hongos: candidiasis.

Hay múltiples tipos de ETS (más de 30), siendo algunas de las más relevantes:

VIRUS	BACTERIAS	PARÁSITOS
Herpes Genital	Gonorrea	Ladillas
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Clamidia	Tricomoniasis
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Sífilis	Sarna

¿A quién afectan las enfermedades de transmisión sexual?

Las ETS pueden afectar tanto a hombres como a mujeres, independientemente de su orientación sexual y el tipo de relaciones que mantengan. Generalmente, los problemas que éstas acarrear suelen ser mucho más graves en el caso de las mujeres, especialmente en el caso de que se encuentren inmunodeprimidas o embarazadas. En caso de que una embarazada contraiga una ETS, el feto puede verse

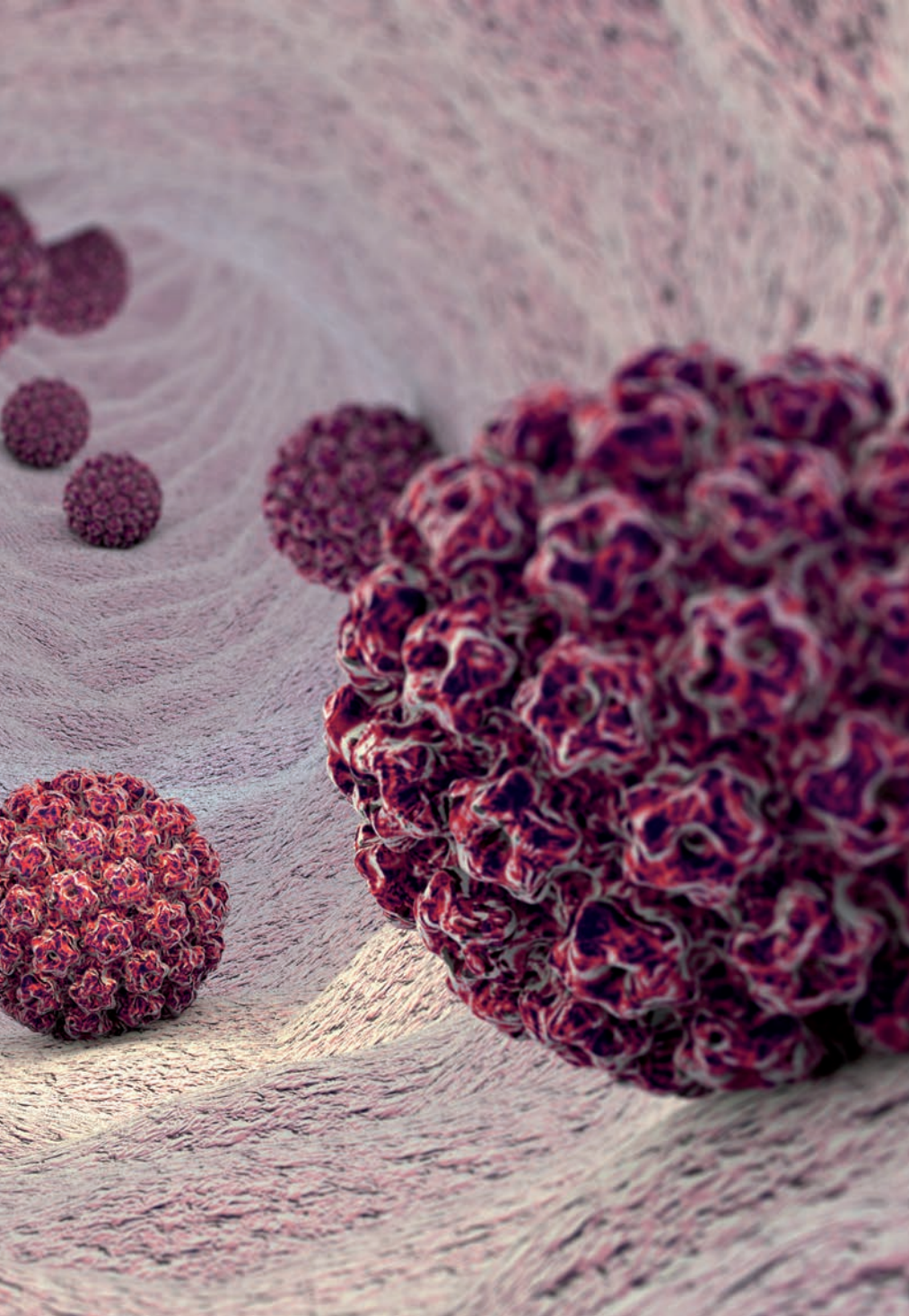
afectado provocándole graves problemas de salud al nacimiento; algunos ejemplos serían la infección por VIH congénito o la sífilis congénita, que puede provocar un aborto o muerte fetal, o determinadas malformaciones y discapacidad intelectual en el recién nacido.

¿Qué síntomas presentan las enfermedades de transmisión sexual?

Las ETS pueden ser asintomáticas, pasando desapercibidas; o causar síntomas, leves o graves en función de la enfermedad y la persona que la padezca. Es importante realizarse exámenes médicos de rutina para evitar poder infectar a otras personas, en caso de tener la infección y no saberlo.

Los síntomas más frecuentes, ante los cuales debemos sospechar una posible Infección de Transmisión Sexual son:

- Flujo vaginal anormal (maloliente o no) o secreción anormal por el pene.



- Escoror, picor o enrojecimiento alrededor de los órganos sexuales.
- Llagas o verrugas en el área genital.
- Micción frecuente y dolorosa.
- Picazón, dolor o sangrado anal.
- Ampollas o llagas en labios, boca o garganta.
- Sangrado por la vagina sin tratarse de la menstruación o tras la relación sexual o sangrado excesivo durante la regla o ausencia de menstruación.

Como ya hemos comentado, en ocasiones es posible tener una de estas infecciones aunque no aparezca síntoma alguno, o los síntomas pueden desaparecer por sí mismos, pero la infección no se cura si no se recibe tratamiento.

¿Cómo se diagnostican las enfermedades de transmisión sexual?

En cualquier caso, ante la duda de poder estar sufriendo cualquier tipo de infección, es fun-

damental consultar con el médico de atención primaria. Hablar con un profesional de la salud de confianza sobre su riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y sobre si necesita realizarse algún tipo de estudio es fundamental para prevenir y tratar estas enfermedades. Esto es especialmente relevante, ya que muchas ETS pueden no causar síntomas.

Las pruebas diagnósticas se indican teniendo en cuenta la sospecha médica (algunas ETS, como el herpes genital, las verrugas, las llagas o la sarna se diagnostican simplemente con la exploración física) los síntomas, la exploración detallada y la conducta sexual que comente el paciente.

La mayoría de las pruebas que se realizan para diagnosticar este tipo de enfermedades son: rápidas, sencillas y no dolorosas. Fundamentalmente tendremos dos tipos de exámenes:

- **Extracción de sangre:** especialmente útil para diagnosticar ETS como el VIH, la hepatitis y la sífilis.
- **Estudio de secreciones (oral, rectal, vaginal o uretral):** la infecciones como la clamidia, gonorrea, el linfogranuloma venéreo o la tricomoniasis se diagnostican mediante el análisis de las secreciones referidas; o bien de secreción de una úlcera. En algunos casos, una muestra de orina puede utilizarse para diagnosticar estas infecciones.

¿Existe tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual?

Gran parte de las ETS pueden ser tratadas de manera sencilla, eficaz y rápida; siempre que se consulte cuanto antes con un profesional de la salud. Los antibióticos pueden tratar las ETS causadas por bacterias o parásitos.

Sin embargo, algunas ETS no tienen tratamiento curativo, siendo esto especialmente relevante en aquellas causadas por virus (VIH, VPH, herpes, hepatitis...). Aunque no exista cura, los fármacos pueden ayudar con los síntomas, prevenir futuras complicaciones y reducir el riesgo de propagar la infección.

Si no se tratan, las enfermedades de transmisión sexual pueden aumentar el riesgo de adquirir otras infecciones de transmisión sexual muy graves como el VIH. Algunas de estas patologías no tratadas pueden provocar también: infertilidad, lesiones en órganos, determinados tipos de cáncer o la muerte.

Cuando se diagnostica una ETS es importante avisar a las personas con las que se han tenido relaciones sexuales, ya que pueden estar infectadas y desconocerlo. Es vital que las parejas con las que se ha tenido contacto sexual sean estudiadas (y tratadas dependiendo del caso) antes de volver a tener relaciones sexuales para evitar la reinfección y la diseminación de la enfermedad entre la población.

¿Se pueden prevenir las enfermedades de transmisión sexual?

La forma más segura de prevenir las ETS es el empleo correcto de preservativos de látex; esta medida reduce en gran medida el riesgo, pero no lo elimina por completo.

Así mismo existen vacunas para prevenir el VPH y la hepatitis B.



¿Qué hacer ante un atragantamiento?

Celina Balint Ilie. MIR Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco de Teruel

Un atragantamiento es una obstrucción parcial o total de la vía aérea por un cuerpo extraño. Sucede con frecuencia y la mayoría de las veces se resuelve espontáneamente. Sin embargo, es una situación potencialmente grave, que con una actuación diligente permite salvar vidas tanto fuera como dentro del ámbito sanitario. Una actuación diligente y precoz puede salvar una vida.

Lo primero a valorar es el grado de obstrucción. En casos de obstrucciones parciales es de importancia:

- **Signos:** paciente que tose (con o sin estridor entre los ataques de tos), está consciente, la respiración es efectiva).
- **Actuación:** animar a toser sin interferir en la tos ni en la respiración del paciente. Se puede intentar identificar el objeto o cuerpo extraño preguntando a los presentes.
- **Reevaluar si tiene signos de mejora o empeoramiento.**

Si la obstrucción de la vía aérea es total o severa

- **Signos:** paciente consciente o inconsciente, dificultad respiratoria con estridor o ausencia de respiración espontánea, tos silenciosa o inefectiva con imposibilidad para hablar. Un gesto habitual es el de llevarse las manos al

cuello como signo universal de estrangulamiento.

- La **actuación** es avisar al Servicio de Urgencias y Emergencias, identificar el cuerpo extraño y valorar la consciencia del paciente.
- **Si está consciente:** dar 5 golpes en la espalda: colocándose al lado y detrás del paciente, aguantando su pecho con una mano e inclinarlo hacia delante para que el objeto se proyecte hacia delante y progrese hacia la boca y no hacia la vía aérea. Proceder a realizar 5 golpes con el talón de la mano entre las escápulas. Si no se consigue desobstruir la vía aérea se debe proceder a realizar compresiones abdominales (la llamada maniobra de Heimlich): poniéndose detrás de la víctima, rodeándolo con los brazos por la parte superior del abdomen. Inclina a la víctima hacia delante, con el puño cerrado con el pulgar contra el abdomen del paciente entre el ombligo y el esternón. Agarramos con la otra mano el puño y de forma rápida y firme en dirección hacia el abdomen y hacia arriba. Repetimos el ejercicio 5 veces. Si con lo anterior no se desobstruye: continuar con 5 golpes en la espalda y 5 compresiones abdominales.

- **Si el paciente está inconsciente** sitúelo en el suelo, activar unidad de urgencias y emergencias, iniciar la RCP con 30 compresiones y 2 ventilaciones de rescate. Continuar con la RCP hasta que se desobstruya la vía aérea.

Si el objeto es expulsado, comprobar el pulso, respiración y ver si el paciente contesta.

En el caso de niños y lactantes

- **Tos efectiva:** paciente que está consciente con llanto o respuesta verbal entre los accesos de tos, no hay que interferir con la tos, identificar el cuerpo extraño preguntándole a los presentes, reevaluar mejoría o empeoramiento.
- **Si la tos es inefectiva** (hay estridor o ausencia de respiración entre los accesos de tos), hay que avisar a la unidad de urgencias y emergencias y actuar:
 - **Paciente consciente**
 - **Lactante:** sujetar boca abajo, con la cabeza inclinada para abajo, senado de rodillas o arrodillado. Sujetamos la cabeza a la altura de la mandíbula, lo apoyamos en nuestro antebrazo, realizamos 5 compresiones torácicas (1cm por debajo de la línea intermamilar) alterno con 5 golpes interescapulares.
 - **En el niño mayor de un año:** dar 5 golpes en la espalda, igual que en los adultos. Si no se consigue desobstruir, continuar con la maniobra de Heimlich al igual que los adultos.

- **En el momento que esté inconsciente** hay que situarlo en el suelo, activar la unidad de urgencias y emergencias, buscar el objeto en la cavidad oral, estirar el cuello y realizar 5 ventilaciones de rescate seguido de compresiones torácicas.



Covid, ¿qué test debo hacerme?

Celina Balint Ilie. MIR Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco de Teruel

Hay diferentes tipos de test diagnósticos de COVID-19 en base a su objetivo. Algunos informan si hay infección en el momento de realizar la prueba (infección activa) y otros nos informan de la respuesta inmune que genera el organismo frente al virus.

- El test de antígenos sirve para detectar una infección activa. Lo que identifican son las proteínas que componen el virus. Su recogida y su procesamiento son fáciles y rápidos. Esta prueba es de elección realizarla entre los cinco o siete primeros días de infección, momento en el cual la carga de virus es mas evidente. Pasado ese tiempo, pierde eficacia.

- La prueba PCR es el que mayor certeza diagnóstica ofrece, demostrando si hay una infección activa en el momento de realización de la misma. Lo que se detecta son partículas del ARN viral. Como desventaja, requiere de un laboratorio y su procesamiento es más lento (en torno a 24h). Tampoco puede detectar, si se ha superado la enfermedad. En ocasiones, aunque poco frecuentes, esta PCR puede mostrar un resultado negativo aún

teniendo la enfermedad. Esto puede deberse a que la toma de la muestra no se haya hecho adecuadamente. También es posible que la PCR tenga un resultado positivo y el test de antígenos sea negativo. Esto se debe a la mayor sensibilidad de la PCR.

- El test de anticuerpos detecta la inmunidad (anticuerpos) que genera el organismo tras la infección por COVID-19. No detecta la presencia del virus, sino la respuesta inmunológica. En éstos se miden dos tipos de anticuerpos: los IgM que aparecen pasados unos días tras la infección y desaparecen a las pocas semanas; y los IgG que aparecen en una fase más tardía y pueden durar años.

IgM	IgG	Interpretación
-	-	Sin contacto con el virus. No hay inmunidad
+	-	Infección activa, fase temprana.
+	+	Infección activa, fase tardía.
-	+	Infección superada, hay inmunidad.

Para ésta, se requiere una muestra de sangre y un laboratorio de análisis. Los resultados pueden demorar 24-48h.

La presencia de IgM determina haber estado expuesto al virus recientemente pero no da información sobre si hay una infección en curso o no. Los IgG indican que la persona ha estado expuesta tiempo atrás al virus y que ha tenido una respuesta inmunitaria. Una subvariante de los IgG, sin los IgG-anti S que lo que evalúa la respuesta inmune generada por la vacuna.

Por tanto, hay que elegir el test más adecuado al paciente y tener conocimiento para interpretar los resultados del mismo. Espero que este pequeño resumen sirva como guía para las dudas entre los diferentes test diagnósticos a los que tenemos acceso.

Cuidados de la boca seca

Paula Refusta Ainaga. Médico Residente de Atención Primaria. Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Provincia de Zaragoza.

Raquel Refusta Ainaga. Enfermera de Paliativos. Sector III. Zaragoza

La sequedad bucal, también llamada xerostomía, se produce cuando las glándulas salivares no son capaces de producir suficiente saliva como para mantener la boca húmeda. Las consecuencias de padecer xerostomía son muy incapacitantes, debido a que la saliva es necesaria para realizar funciones vitales como masticar, tragar y hablar.

¿Qué causas pueden precipitar mi sequedad bucal?

- Deshidratación.
- Fármacos como antidepresivos, diuréticos, analgésicos...
- Infección bucal.
- Tratamientos de quimioterapia y radioterapia. La quimioterapia puede provocar que la saliva sea más espesa y alterar la mucosa bucal. La radioterapia en cabeza, cara o cuello puede ocasionar una disminución intensa de la producción de saliva.

¿Qué síntomas produce la Xerostomía?

- Sensación de boca pegajosa y seca.
- Saliva espesa.
- Lengua áspera, incluso agrietada.
- Agrietamiento y sequedad de labios, con más intensidad en las comisuras labiales.
- Dolor o ardor.
- Dificultad para tragar, saborear, masticar y hablar.

A menudo, la sequedad de boca se acompaña de micosis bucal (hongos en la boca), que como causa o consecuencia, intensifica los síntomas, ocasiona sabor metálico, pérdida de gusto e inflamación de la lengua y se caracteriza por una proliferación de placas blancas en la lengua e incluso mejillas y paladar, que pueden acabar afectando a encías, parte posterior de la garganta...

La micosis o candidiasis oral es muy frecuente en procesos en los que baja la inmunidad o tras tratamientos farmacológicos (recurrente tras la utilización de inhaladores).

¿Cómo puedo combatir estos síntomas?

- Existen algunos fármacos que pueden paliar los síntomas de la sequedad bucal.
- Chupar caramelos sin azúcar, huesos de oliva... pueden ayudar a activar las glándulas salivares.
- Cepilla los dientes y la lengua tras cada comida, con pasta que contenga flúor y utilizando cepillo suave, mojóndolo con agua antes de usarlo.
- Evita enjuagues con alcohol: es recomendable utilizar enjuagues con sal y bicarbonato (por ejemplo, una solución de media cucharadita de sal y media cucharadita de bicarbonato de sodio en 1 taza de agua tibia), o incluso sustituir esto por enjuagues con bebida tónica.

- Los humidificadores con vapor de agua fría resultan muy útiles, sobre todo en la noche.
- Si te gustan las gelatinas, son un producto sano que humedece más que el agua. Prueba a meterlas en la nevera.
- Evita alimentos secos y ásperos, alcohol, bebidas con cafeína, alimentos ácidos o especiados, azucarados, tabaco...
- Consume bebidas preferentemente frías o a temperatura ambiente.
- Hidrata los alimentos secos con salsas, leche, caldos...
- Hidrátate con abundante agua, teniendo en cuenta que si existe dificultad para tragar, es recomendable la ingesta de líquidos en botella, en lugar de en vaso o con pajita.
- Evita el uso de pajita debido a que no humedece la cavidad bucal y presenta más riesgo de atragantamiento o broncoaspiración.
- Consulta con tu médico en caso de sospecha de candidiasis oral. Existe un fármaco en forma de enjuague con alta eficacia que puede erradicar tu micosis.

La prevención y el tratamiento de la sequedad bucal es fundamental en todos los momentos de la vida para poder incrementar el confort y calidad, disfrutar de los sabores, facilitar la deglución, prevenir complicaciones...

Consulta con tu equipo de Atención Primaria para resolver dudas y erradicar este incómodo problema.

Balanitis y balanopostitis, ¿cómo prevenirla y cómo tratarla?

Walter Orlandi Oliveira, Laura Enguita Arnal, Eva María Salas Trigo, Mónica Sanz del Pozo y M^a Jesús Gil Sanz.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet

La balanitis es la inflamación del glande. Por su parte la balanopostitis se refiere a la inflamación conjunta del glande y del prepucio.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Son patologías más frecuentes en adultos no circuncidados. Temperaturas extremas, mala higiene y ciertas enfermedades como la diabetes mellitus también favorecen su aparición.

¿Cuáles con sus síntomas?

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son:

- Edema y eritema balanoprepucial.
- Prurito en glande.
- Secreción uretral y en el surco balanoprepucial.
- Disuria y dificultad miccional.

¿Cómo se diagnostica?

- Cultivo de secreción prepucial.
- Urocultivo.
- Biopsia en caso de duda diagnóstica.

¿Cómo prevenirlo?

- Higiene diaria con agua y jabón retrayendo el prepucio para el correcto lavado del mismo. La zona debe permanecer limpia y seca.
- Lavarse las manos con agua y jabón antes de ir al baño.
- Uso de preservativo en relaciones sexuales

- Control de enfermedades sistémicas que predisponen a la balanitis (diabetes, inmunosupresión).

¿Cómo tratarlo?

La balanitis puede ser causada por diversas causas. Puede ser de etiología inflamatoria, bacteriana, fúngica, viral, entre otras. Es por ello que en caso de presentarla es necesario acudir al médico para pautar tratamiento específico dirigido. El tratamiento puede ser tópico y/o oral a base de antibióticos, antimicrobianos y/o corticoides. En casos refractarios o en balanitis de repetición puede ser necesaria la circuncisión.



MERRELL™

BOREALS

HH[®]
HellyHansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



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

www.lapuertaverdepanticosa.com