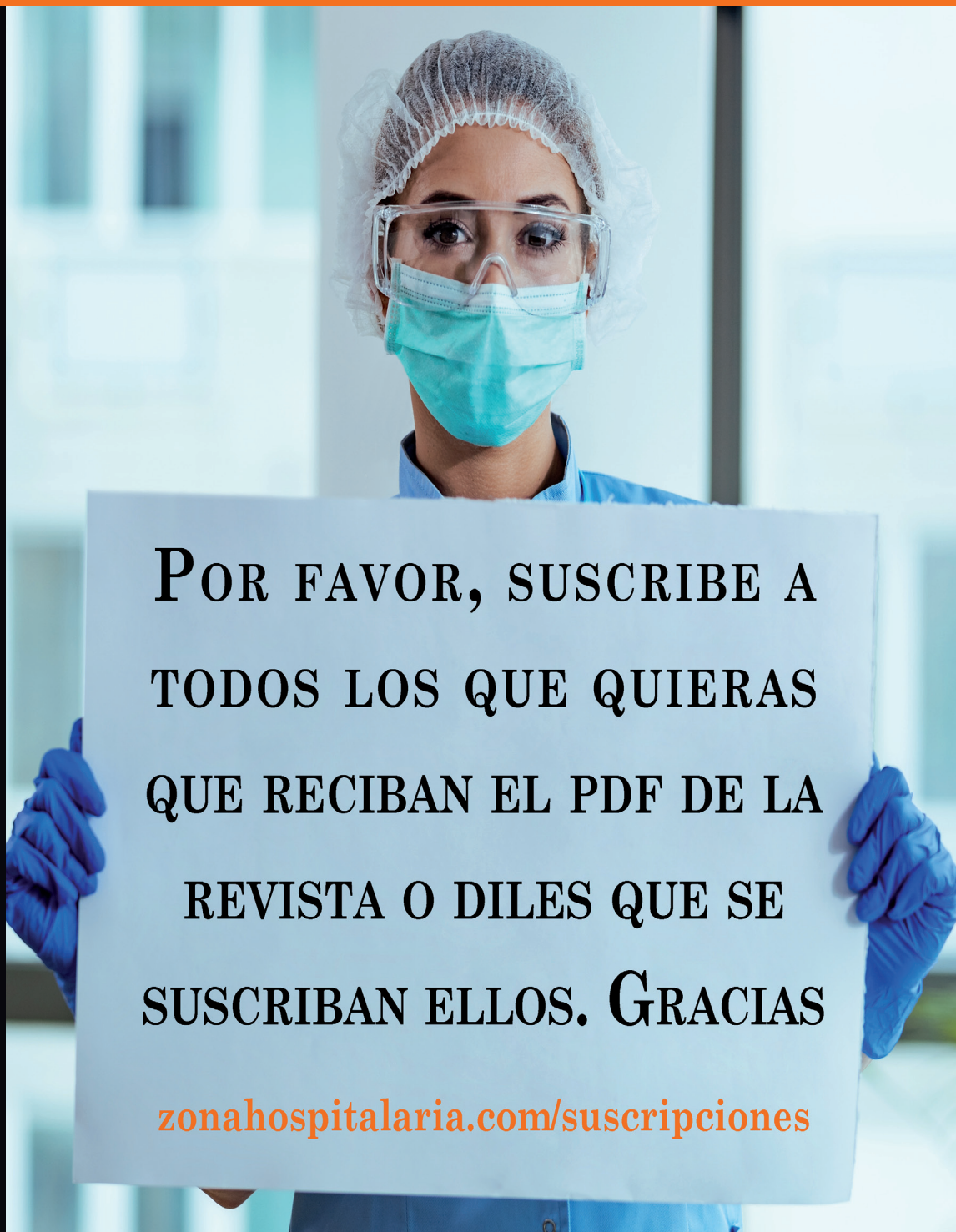


SUMARIO

- 2 Baja Visión, más allá de una lupa
- 3 La oxigenación hiperbárica, un alivio para las crisis de migrañas
- 4 Deterioro Funcional Hospitalario
- 6 Donar sangre salva vidas...
- 8 Cuidado de paciente con un ICTUS
1ª Etapa
- 9 Traumatismo craneal en el niño...
- 10 Preservación de la fertilidad
- 11 Valoración de los Síndromes Geriátricos...
- 12 Celiacía: la enfermedad del siglo XXI
- 13 ¿Qué es una circuncisión?...
- 14 Enfermedad arterial periférica (Parte I)
- 15 Enfermedad arterial periférica (Parte II)
- 16 ¿En qué consiste el hipogonadismo masculino??
- 17 No consigo buenas erecciones...
- 18 ¿Qué problema tienen los vuelos de larga duración
- 19 La puerta verde de Panticosa
- 20 Oferta de Publicidad 2022



**POR FAVOR, SUSCRIBE A
TODOS LOS QUE QUIERAS
QUE RECIBAN EL PDF DE LA
REVISTA O DILES QUE SE
SUSCRIBAN ELLOS. GRACIAS**

zonahospitalaria.com/suscripciones

Baja Visión, más allá de una lupa



ORCAM , LECTOR INTELIGENTE,
PARA 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

La baja visión es un grado menor que la ceguera. Es una condición que implica una pérdida importante de visión que no se puede corregir con gafas ni con cirugía, que dificulta y/o incapacita para la realización de tareas de la vida cotidiana.

En función de la enfermedad causante de la baja visión, la percepción puede ser borrosa, parcheada, reducida al centro de visión o a la periferia. Habrá quien sea capaz de leer y reconocer caras pero no de moverse con autonomía (visión en túnel), otras personas no tendrán problemas en los desplazamientos, pero no podrán ver los letreros de las calles, o reconocer las caras de las personas. Habrá quienes son relativamente autónomos de día y completamente sin visión en la oscuridad, otras en cambio quedan totalmente deslumbradas con la luz (fotofobia).

problemas serios para leer, ver TV, desplazarse... es importante que sepa que existen ayudas específicas para su condición visual. Los especialistas en Baja Visión le cuantificamos el resto visual, intentaremos darle la máxima autonomía posible.

Para ello consensuamos con el paciente que actividad le gustaría volver a hacer, y se le prescribirán ayudas de baja visión, que pueden ser ópticas, electrónicas y/o inteligentes.

MÁS ALLÁ DE UNA LUPA, porque existen gafas especiales, con aumentos, incluso luz, que les permiten tener las manos libres, y tener más campo visual que una lupa, para poder leer o realizar sus tareas en cerca. Existen ayudas visuales para ver TV, jugar a las cartas, etc. Filtros selectivos para pacientes que sufren deslumbramiento y lupas para uso ocasional.



FILTROS SELECTIVOS PARA EL DESLUMBRAMIENTO



AYUDAS ELECTRÓNICAS PARA BAJA VISIÓN SEVERA.

Cada paciente necesitará una ayuda visual prescrita por el especialista en Baja Visión, además de rehabilitación visual. Son muy importantes también las ayudas no ópticas como atriles, tiposcopios, sombreros de ala, etc. Si usted tiene una patología que le limita sus tareas cotidianas busque un centro de Baja Visión, entenderán su problema y le podrán ofrecer soluciones.



TIPOSCOPIOS PARA NO PERDERSE EN LA LÍNEA.

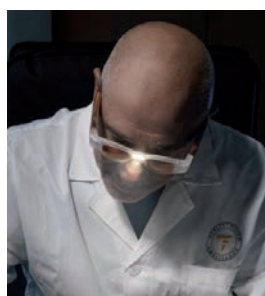


Distintivo Tengo Baja Visión. Indicado para personas con baja visión que quieran hacer visible su condición, independientemente de su resto útil de visión.

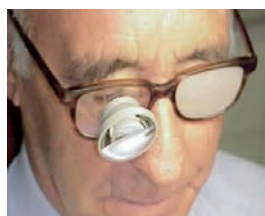
También para aquellas que quieran usarlo como complemento al bastón blanco o perro guía, de manera que indiquen que no son totalmente ciegos.

Para los pacientes con resto útil de visión existen los **CENTROS DE BAJA VISIÓN**.

Yanguas Ópticos es un centro de baja visión en Zaragoza. Una vez que el paciente ha sido diagnosticado de su patología y tiene



GAFA PARA CERCA CON AUMENTOS
Y LUZ LOCAL INCORPORADA



GAFA PARA VER TV



La oxigenación hiperbárica, un alivio para las crisis de migrañas

Comunicación Edificio Policlínica Artica

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

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

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

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

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

El dolor de cabeza incide directamente en la calidad de vida, ya que impide con frecuencia

desarrollar con normalidad actividades laborales, sociales y familiares.

Origen de la migraña

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

La oxigenación hiperbárica para tratar la migraña

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

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

En la búsqueda de alternativas para el tratamiento de la migraña, varios estudios han demostrado que la oxigenación hiperbárica

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

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

¿Dónde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

En Navarra contamos con la primera y única cámara hiperbárica avalada por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH), en el centro Oxien ubicado en el Edificio Policlínica Artica, Nuevo Artica. El centro de Medicina Hiperbárica está liderado por la Dra. Cristina Lozano y técnicos camaristas. Llevan desde el año 2017 trabajando con pacientes a nivel privado y a nivel público. Trabajan en equipo para conseguir mejorar la calidad de vida del paciente.



OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

MEDICINA HIPERBÁRICA

DRA. CRISTINA LOZANO

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

Oferta asistencial a pacientes a nivel privado y público.

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



Deterioro Funcional Hospitalario (DFH), ¿qué es?, ¿cómo podemos prevenirlo?

Carmen Elías de Molins Peña. F.E.A Geriatria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Marta Mercedes Gonzáles Eizaguirre. F.E.A Geriatria. Hospital San José. Teruel.

Irene Castillo Torres. M.I.R Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

El creciente peso de la población anciana es uno de los cambios más significativos que se ha dado en las sociedades desarrolladas en estos dos últimos siglos.

Según las proyecciones de población del INE, la esperanza de vida al nacimiento alcanzará en 2069 los 85,8 años en los hombres y los 90,0 en las mujeres. El porcentaje de población de 65 años y más, que actualmente se sitúa en el 19,6% del total de la población, alcanzará un máximo del 31,4% en torno a 2050, y la población centenaria pasará de las 12.551 personas en la actualidad a 217.344 al final del periodo proyectado (2070).

Según datos oficiales de INE en 2020, el 46'1% de los pacientes que fueron dados de alta de un hospital tenían más de 65 años.

El envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares que, con el tiempo, reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentando el riesgo de enfermedades. Cambios que predisponen a sufrir complicaciones en las enfermedades agudas, a padecer pluripatología y secundariamente polifarmacia con deterioro de la funcionalidad, empeoramiento

de la situación cognoscitiva y problemas socio-familiares.

Somos conscientes que en nuestros hospitales hay una importante presión asistencial, carencia de infraestructuras de calidad, de dotación tecnológica, de recursos humanos con importante burocracia y problemas de comunicación entre los diferentes profesionales que asisten a los pacientes así como entre paciente-profesional-familia.

Los hospitales están diseñados para adultos robustos y jóvenes con enfermedades agudas, pero para el adulto frágil y pluripatológico, este modelo asistencial compromete su pronta y favorable mejoría.

En la mayoría de los casos, los pacientes mayores son dados de alta del hospital habiéndose resuelto el proceso agudo que motivó el ingreso, pero con un importante deterioro funcional.

Conceptos

• **Deterioro funcional hospitalario (DFH):** Es la pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad de la vida diaria básica en el momento del alta respecto a la situación funcional considerada como 2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda. Es el

resultado de la disminución de la movilidad y a otros factores asociados a la hospitalización. A lo largo del ingreso será posible la recuperación funcional total o parcial, es susceptible de modificar, ya que podemos intervenir en él.

• **Deterioro prehospitalización:** Es el deterioro funcional desde el inicio de la enfermedad aguda previo a la hospitalización. Es el más frecuente. Se consideran dos semanas previas al ingreso. No es susceptible de modificar desde el medio hospitalario. Refleja la severidad de la enfermedad. Se han de adoptar medidas enfocadas desde la atención primaria.

• **Deterioro funcional hospitalario global (dfh global):** Es la suma del deterioro funcional prehospitalario y del deterioro funcional hospitalario.

Prevalencia

Según literatura revisada, oscila entre el 33 y 88%, es muy variable según la población estudiada (edad, comorbilidades, situación funcional previa ...), la metodología empleada para medir el deterioro funcional y las unidades de hospitalización estudiadas.

En España, hay descrita una incidencia de DF al ingreso del 64'6% y del 70'6%. Estudios en pacientes ingresados en Unidad geriátrica de



agudos (con elevada edad media, comorbilidad y peor situación previa) se describe un porcentaje de DFH global del 83,7% y en pacientes nonagenarios esta tasa aumenta hasta el 88%, con una pérdida funcional relevante.

Fisiopatología del DFH

Hay tres pilares fundamentales para que se produzca el deterioro funcional, que son la hospitalización, la enfermedad principal y la reserva funcional.

- **Hospitalización:** se produce una importante disminución de la movilidad, aislamiento social, ausencia de gafas y audífonos, dietas restrictivas, catéteres, sujeciones físicas, camas altas, barandillas, polifarmacia...
- **Reserva funcional:** la propia fisiología del envejecimiento.
- **Enfermedad principal:** marcará el pronóstico clínico, así como la necesidad de encamamiento y restricciones físicas y farmacológicas.

Todo ello conlleva a un **desacondicionamiento en el anciano** manifestándose en caídas, síncope, mareos, delirium, riesgo de fractura,

deshidratación, desnutrición, UPP, infecciones, entre otros.

Estudios nacionales sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ya citan el deterioro funcional y realizan varias conclusiones como:

- La inmovilidad en el hospital, las medidas de contención y la malnutrición explican el deterioro funcional al alta y al mes; estos son factores de riesgo potencialmente modificables por lo que deben enfocarse los esfuerzos para frenar la trayectoria de declive funcional posterior a la hospitalización.
- La gravedad de la enfermedad se asoció fuertemente con la pérdida de funcionalidad previa a la hospitalización, aunque la fragilidad previa es un predictor más fuerte de deterioro funcional que la gravedad de la enfermedad y la edad.
- La valoración global de las características del paciente tanto basales como durante el ingreso tiene mayor valor en la predicción de deterioro funcional, que el análisis de los factores por separado en ancianos hospitalizados por enfermedad aguda.

Factores de riesgo

- **Modificables:** delirium (psicofármacos nocturnos), polifarmacia, inmovilidad, rutinas hospitalarias clásicas (factores asociados a la hospitalización).
- **No modificables:** edad, situación funcional previa, síntomas depresivos, deterioro cognitivo previo.

La inmovilidad es uno de los factores de riesgo más importantes por ser el más susceptible de ser modificado, produce una rápida pérdida de la masa muscular, disminuye la síntesis de proteínas musculares, induce cambios en las estructuras articulares que limitan la movilidad, favorecen la aparición de contracturas y disminuye la capacidad aeróbica.

Consecuencias DFH

Se ha demostrado que conlleva: mayor consumo de recursos sanitarios y sociales, peor evolución clínica, mayor número complicaciones, mayor estancia hospitalaria, aumento de reingresos, mayor tasa de institucionalización, mayor mortalidad.



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

Donar sangre salva vidas: criterios de exclusión temporal y permanente

Isabel Moreno Lucente. FEA Medicina Interna.

Marta M. González Eizaguirre. FEA Geriatria.

Rafael Fernández Santos. FEA Medicina Preventiva.

Carlos Gimillo Monterde. Graduado en Enfermería.

Hospital Obispo Polanco. Teruel

La donación de sangre es un gesto desinteresado, solidario y anónimo, pudiendo mediante una simple extracción de sangre (indolora y segura) salvar la vida de numerosas personas. Todos los días, un gran número de personas en los diferentes hospitales del país, precisan de transfusiones de sangre u otros productos derivados de la misma (concentrados de plaquetas, plasma fresco...) como método para combatir las diferentes enfermedades que los obligan a permanecer ingresados.

Aumentar el número de donaciones de sangre es esencial para garantizar que todas las personas que en un momento dado puedan necesitarla, recordemos que mañana podemos ser nosotros mismos, dispongan de ella en el momento preciso. Es necesario interiorizar el

acto solidario de donar sangre, al igual que hemos aceptado y aplaudido el hecho de reciclar, para garantizar que haya reservas en los bancos hospitalarios en todo momento y no sólo en momentos de crisis o catástrofes.

Para garantizar que la donación se realice con la mayor seguridad para el donante y que el receptor obtenga los hemoderivados de la mejor calidad, existen una serie de exclusiones.

Criterios de exclusión permanente

- Personas menores de edad (< 18 años).
- Personas con discapacidad intelectual que haga imposible la comprensión/aceptación del cuestionario.
- Mayores de 65 años.
- Personas con peso corporal inferior a 50 Kg.
- Tensión arterial en rango extremo: TAS < 100mmHg o TAS > 180mmHg.
- Frecuencia Cardíaca en rango extremo: FC < 50 o FC > 110.

- Hemoglobinas por debajo del límite de seguridad.

- Mujeres: hemoglobina inferior a 12.5 g/dl.
- Hombres: hemoglobina inferior a 13.5 g/dl.
- Donaciones muy recientes, última donación hace menos de 2 meses.

- Superar el número de donaciones por año:

- Mujer: máximo 3 donaciones/12 meses.
- Hombre: máximo 4 donaciones/12 meses.
- Enfermedad Cardiovascular moderada-grave.

- Enfermedades del Sistema Nervioso Central.
- Coagulopatía hemorrágica.

- Historia personal de síncope o convulsiones.
- Epilepsia bajo tratamiento:

- Sólo podrá ser donante si no ha presentado crisis en los últimos 3 años y se encuentra sin tratamiento antiepiléptico.

- Podrán ser donantes aquellas personas que padecieran epilepsia infantil.



- Enfermedad gastrointestinal, genitourinaria, hematológica, inmunológica, metabólica, renal, respiratoria grave... tanto activas, crónicas o recidivantes.
- DM en tratamiento con insulina (si podrán donar aquellas personas que se encuentren en tratamiento con antidiabéticos orales).
- HTA grave.
- Enfermedades Infecciosas:
 - VIH, VHC, VHB, HTLV.
 - Leishmaniasis visceral.
 - Tripanosomiasis americana (Enfermedad de Chagas), incluso si recibió transfusión en país endémico.
- Neoplasias.
- Enfermedades espongiformes.
- Trasplante de córnea.
- Más de 12 meses de permanencia en Reino Unido (1980 – 1996).
- Drogas, esteroides o fármacos que aumenten la masa muscular.
- C • Conductas sexuales de riesgo.

Criterios de Exclusión Temporal

Infecciones:

- 2 semanas tras el restablecimiento de una infección.
- Virus del Nilo Occidental a 28 días en zona endémica.
- Brucelosis: menos de 2 años desde la recuperación.
- Osteomielitis: menos de 2 años desde la recuperación.

- Fiebre Q: menos de 2 años desde la recuperación.
- Sífilis: menos de 1 año desde la recuperación.
- Toxoplasmosis: menos de 6 meses tras la curación.
- Fiebre reumática: menos de 2 años desde la recuperación, pero nunca si existe afectación cardiológica.
- Más de 38°C: menos de 2 semanas tras la desaparición.
- Gripe: menos de 2 semanas tras la recuperación.
- Paludismo:
 - No, si han vivido durante los primeros 5 años de vida en zona endémica y/o hace menos de 3 años del regreso.
 - Sufrieron la enfermedad y hace menos de 3 años del fin del tratamiento.
 - Menos de 6 meses de la visita a zona endémica.
 - Sufrieron fiebre no diagnosticada con visita a zona endémica hace menos de 3 años.

Infección transmisible (deberán haber transcurrido mínimo 4 meses de las siguientes intervenciones):

- Endoscopia.
- Salpicadura de sangre en mucosas.
- Lesión con aguja.
- Transfusión.
- Tatuaje o piercing.
- Acupuntura.
- Relaciones sexuales con afectos del VHB.

Vacunación:

- No podrán donar, hasta que transcurran un mínimo de 4 meses, con vacunas de virus y bacterias atenuados.
- Sí podrán donar con: virus o bacterias muertas, toxoides (recuerdo antitetánica), VHA, VHB, virus de la rabia (no podrán, si la vacuna se administra por mordedura y hace menos de un año de ésta).

Otras:

- Tiempo transcurrido tras parto o aborto inferior a 6 meses.
- Cirugía menor (deberán esperar entre 1 y 4 semanas).
- Cirugía mayor (deberán esperar entre 4 y 6 meses).
- Tratamientos odontológicos: menor, como por ejemplo una limpieza bucal (< 24h), otros tratamientos como extracciones u obturaciones radiculares se considera cirugía menor.
- Tratamientos con retinoides activos o hace menos de 1 mes.

Recuerda la importancia de la donación, la sangre está compuesta de elementos (glóbulos rojos, blancos y plaquetas) que no se pueden fabricar de manera artificial y son esenciales para la supervivencia de muchas personas. No te olvides que: donar sangre no duele, necesitarla sí.

Cuidado de paciente con un ICTUS

1ª Etapa

Carlos Gimillo Monterde. Graduado en Enfermería.
Isabel Moreno Lucente. FEA Medicina interna.
 Unidad Crónicos Complejos. Hospital Obispo Polanco

Cuando nos dicen que un familiar ha sufrido un ictus nos sentimos en una espiral de emociones, ¿Qué es un ICTUS?, ¿Cómo he de actuar?, ¿Qué va a pasar ahora? ¿Quién puede ayudarme? Todas estas preguntas nos hacen pensar en si vamos a poder estar a la altura y si vamos a ser capaces de mantener las "actividades normales" que tenemos en nuestra rutina.

1º ¿Qué es el ICTUS?

El ICTUS se produce por una interrupción del riego sanguíneo a una parte del cerebro, con el consiguiente deterioro del tejido y si se mantiene en el tiempo puede llegar a morir esa parte del cerebro. Estas interrupciones de aporte sanguíneo pueden ser de dos tipos: Isquémicos o hemorrágicos.

Ictus Isquémicos:

Se producen por la interrupción de aporte sanguíneo por la obstrucción de una arteria (trombo). Esta interrupción puede ser permanente, produce muerte del tejido, o transitoria, puede recuperarse el riego.

Ictus Hemorrágico:

Producido por una rotura de una arteria ce-

rebral, impidiendo la llegada de sangre a un área del cerebro. Este caso también puede nombrarse como hemorragia cerebral, derrame cerebral etc.

¿Cómo he de actuar?

Una de las cosas más importantes ante un ICTUS es detectarlo lo antes posible, para así tratarlo precozmente y favorecer su recuperación o que no progrese la lesión.

Sospecharemos ante un ICTUS si una persona tiene:

- Disminución de fuerza en extremidades.
- Desviación de la cara (asimetría, boca caída...).
- Alteraciones del habla (Disartria, afasia).
- No entiende lo que le decimos.

Si detectamos que alguien tiene alguno de estos síntomas deberemos acudir al servicio de urgencias más cercano para una valoración médica exhaustiva.

¿Qué va a pasar ahora?

A la llegada al hospital, le harán pruebas y posiblemente sea ingresado para estar unas horas en observación, así poder descartar o determinar la progresión de la lesión.

Allí le explicarán tras las pruebas el grado de afectación y los procesos que se devendrán a continuación.

Durante el ingreso en el área de ICTUS a cargo de neurología podrá recuperar algunas de las facultades perdidas con ejercicios y esfuerzo, pero la tarea más importante estará en el día a día tras el Alta.

Probablemente tanto el paciente como el cuidador principal precisen apoyo de profesionales (psicólogos, logopedas, terapia ocupacional o fisioterapia) para poder sobrellevar la situación, una situación que produce un shock en todos los pacientes.

Vista aquí la primera parte del proceso, debemos resaltar la importancia de un diagnóstico precoz, gracias a la rápida identificación de un paciente que manifiesta unos síntomas característicos que arriba hemos nombrado. En el siguiente capítulo se hablará de la actividad tras el alta hospitalaria y la importancia del cuidador principal.



Traumatismo craneal en el niño: ¿qué debo saber?

Celina Balint Ilie.

MIR Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco de Teruel

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es frecuente en niños y un motivo de consulta común en los servicios de Urgencias pediátricos. La mayoría son golpes leves que no producen ningún daño. Suele producir heridas, hematomas o dolor local. Lo importante es que no se produzca daño cerebral.

En primera instancia si hay una herida hay que limpiarla. Si presenta hematoma, poner hielo sin contacto directo con la piel y a intervalos cortos de tiempo.

Tras la valoración inicial del pediatra quien realizará la entrevista clínica con las exploraciones y las prueba pertinentes, es un adulto el encargado de vigilar las siguientes 24h en domicilio los signos y síntomas de alarma.

Algunos consejos prácticos a conocer:

- Mantenga al niño en un ambiente tranquilo y silencioso.
- Si tiene algún tipo de lesión o hematoma

en la cabeza se debe aplicar frío a intervalos cortos de tiempo (dejar puesto unos 5-10 minutos cada hora), evitando el contacto directo con la piel.

- Incorporar el cabecero de la cama (unos 45-60 grados).
- Ofrecer líquidos a pequeñas cantidades. Una dieta blanda puede ser adecuada.
- Reevaluar constantemente nivel de consciencia, realizar preguntas sencillas y valorar la respuesta a las mismas.

¿Qué nos debe llamar la atención o es indicador de que la evolución no está siendo buena?

- Niño muy somnoliento, dificultad para despertarlo (no es necesario dificultarle el descanso o despertarlo si está dormido, basta con comprobar que se despierta fácilmente y en los horarios habituales del niño).
- Confuso, aletargado.
- Llanto que no cesa, muy irritable, sobre todo en niños de corta edad.
- En niños de mayor edad, dolor de cabeza que no cesa con analgesia o que va en aumento.

La cefalea que responde a analgesia convencional, suele ser de buen pronóstico.

- Disminución de la consciencia, con o sin pérdida del tono muscular.
- Convulsiones.
- Disminución o alteración de la fuerza o movilidad de algún miembro del cuerpo o alteraciones de la sensibilidad.
- Tamaño pupilar (pupilas de diferentes tamaños o que no responden a la luz contrayéndose), desviación ocular (imposibilidad de centrar la mirada).
- Sangrado o salida de líquido claro por oídos o nariz.
- Vómitos repetidos o de gran intensidad.

Las recomendaciones pediátricas consistirán en valorar estos signos y síntomas en las siguientes horas al traumatismo. Transcurridas las primeras 24h, siendo éstas las vitales y las más determinantes en la evolución, si no hay incidencias continuar con la actividad diaria habitual del niño.

Preservación de la fertilidad

Marta Benito Vielba, Ligia Gil Melgosa, Verónica Gómez García, Cristina Luna Álvarez, Victoria Pallarés Arnal y Marta Castellà Segarra.

Facultativos especialistas de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Barbastro. Huesca

La sociedad actual y los cambios culturales acontecidos en las últimas décadas han condicionado que las mujeres cada vez retrasen más la decisión de ser madres. Sin embargo, la edad es el factor fundamental que condiciona la posibilidad de lograr una gestación.

Se estima que más de un millón de personas en nuestro país tiene problemas de fertilidad y, según datos de la Sociedad Española de Fertilidad un 15% de las parejas acuden a un centro de reproducción asistida para tratar de conseguir un embarazo.

La fertilidad de la mujer tiene una duración limitada y desciende de forma muy marcada a partir de los 35 años, tanto en número como en la calidad de los óvulos.

¿Qué indicaciones tiene la preservación de la fertilidad?

En primer lugar, la preservación de la fertilidad puede plantearse en mujeres que desean posponer el momento de ser madres. En estos casos se recomienda hacerlo antes de los 35 años de edad para obtener óvulos de la mejor calidad que puedan dar más garantías de una gestación en el futuro. Si una mujer decide preservar o congelar sus óvulos cuando estos son "jóvenes", en el momento en el que decida que desea tener un bebé podrá utilizar estos óvulos y así tener las mismas probabilidades de embarazo que hubiera tenido en el momento de la preservación.

Por otra parte, la preservación de óvulos también es de gran utilidad en mujeres con cáncer que precisan tratamientos médicos como la quimioterapia que pueden afectar de forma importante su reserva ovárica. En estos casos se realiza la vitrificación de ovocitos antes de comenzar el tratamiento para el cáncer con el objetivo de que puedan conseguir un

embarazo en el futuro una vez superada la enfermedad.

¿Cómo se realiza?

La preservación de la fertilidad es una técnica sencilla que comienza con una estimulación ovárica al inicio del ciclo menstrual. La duración de esta fase es de unos 10 a 12 días y consiste en la administración de hormonas para estimular el desarrollo de múltiples folículos en cada ovario que contendrán en su interior los óvulos.

Durante la estimulación se realiza un seguimiento mediante ecografía y analíticas y cuando el número y el tamaño de los óvulos son los adecuados, se administra una nueva hormona que induce la ovulación. Tras 36 horas se programa la punción para extracción de los óvulos que se realiza en quirófano bajo sedación, por lo que la paciente no siente ninguna molestia. El procedimiento dura unos 15-20 minutos y consiste en acceder a los ovarios a través de la vagina mediante ecografía y aspirar los óvulos e introducirlos en unos tubos donde se vitrificarán en nitrógeno líquido a -196°C para su conservación hasta que la paciente quiera utilizarlos en el momento que decida ser madre.

¿Cuánto tiempo pueden conservarse congelados?

La conservación de ovocitos es tan estable que no existe un tiempo limitado tras el cual deban ser usados, lo que permite a cada mujer decidir el momento exacto en el que desea intentar quedarse embarazada.

¿Cuál es el mejor momento para realizarla?

El momento ideal sería antes de los 35 años ya que tras esa edad la calidad de los óvulos desciende de manera importante, lo que disminuye las tasas de éxito. A partir de los 38

años se podría realizar, pero no es lo ideal ya que las tasas de embarazo descienden de manera importante.

¿La preservación de la fertilidad garantiza un futuro embarazo?

La preservación de la fertilidad no permite garantizar un embarazo en el futuro pero sí brinda a las pacientes la oportunidad de intentar un tratamiento de fecundación in vitro con las mismas probabilidades que hubieran tenido en el momento en el que congelaron los óvulos. El pronóstico reproductivo dependerá de la calidad y del número de óvulos que se consigan tras la estimulación ovárica.

¿El hombre puede preservar su fertilidad?

Sí. La preservación de la fertilidad en el hombre consiste en la congelación del semen a -196°C para que conserve la misma calidad que en el momento que se congeló.

Para poder contar con una muestra de calidad en el momento de ser usada lo más importante es que en el momento de congelarla cumpla con los criterios deseados. Una vez criopreservada, la muestra se mantiene intacta, sin perder calidad, hasta que se precise usarla.

La muestra de semen se obtiene mediante masturbación en un bote estéril. Se realiza un análisis inicial de la muestra para conocer su calidad y las expectativas tras la congelación. La congelación de semen además de para posponer la paternidad también puede estar indicada igual que en las mujeres por motivos médicos. Los pacientes oncológicos que van a someterse a un tratamiento de quimioterapia o radioterapia pueden ver afectada su calidad seminal, por lo que se aconseja que, si en un futuro el paciente quiere ser padre, congele previamente una muestra de semen para poder contar con más opciones en el futuro.

Valoración de los Síndromes Geriátricos

al ingreso en unidad de agudos



Carmen Elías de Molins Peña. Médico Geriatra. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

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

Por eso en unidades de hospitalización de Geriátría, para poder conocer mejor el perfil del paciente que ingresa, en todas sus esferas se realiza una valoración geriátrica integral.

La valoración geriátrica es un proceso estructurado de valoración global e integral, interdisciplinario, en el que se detectan, describen y previenen múltiples problemas tanto físicos, funcionales, psicológicos y sociales. Permite un plan de tratamiento integrado, para optimizar la utilización de recursos y garantizar un seguimiento, mejorar la exactitud diagnóstica y la identificación de problemas, conocer la situación basal del paciente y asegurar un plan de cuidados junto con la utilización apropiada de recursos y servicios, así como aplazar en la medida de lo posible la dependencia y la institucionalización.

Esta valoración, debe estar compuesta como mínimo por una valoración del área mental (estado cognitivo, afectivo y psicológico), una evaluación funcional, área social (donde vive, familiares al cuidado, ayudas privadas o sociales disponibles), nutricional y una lista de problemas/síndromes geriátricos.

LISTADO DE PROBLEMAS Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS			
Inmovilidad:	Caidas:	Enfermedad crónica:	
		Enfermedad terminal:	
Incontinencia:	Insomnio:	Pluripatología:	
		Polimedicación:	
		Número fármacos:	
Estreñimiento:	Déficit visual:	Ingresos repetidos en el último año:	
		Número:	
Úlceras por presión:	Déficit auditivo:	Visitas a Urgencias repetidas en el último año:	
		Número:	
Deterioro cognoscitivo:	Malnutrición:	Vive solo:	
		Ausencia de cuidador principal:	
Delirium:	Disfagia:	Vive con persona de edad avanzada:	
Trastorno depresivo:	Dolor:	Insuficiencia de apoyos en domicilio:	
		Sobrecarga de cuidador:	

Los síndromes geriátricos, entendidos como: conjunto de cuadros clínicos plurietiológicos, caracterizados por su elevada prevalencia en la población de edad avanzada, que reflejan la pérdida de capacidad de la reserva funcional y fisiológica del individuo (fragilidad), con alto impacto en la autonomía y la calidad de vida de la persona anciana potencialmente prevenibles pero que con frecuencia son infradiagnosticados, y cuyo abordaje es multidimensional y multiprofesional. Es conocido, que estos síndromes pueden generar mayor morbilidad y consecuencias en ocasiones más graves que la propia enfermedad que los produce por lo que es muy importante su identificación temprana al ingreso.

Una de las claves en la hospitalización, y beneficio de que esta sea en una unidad de agudos de Geriátría es la prevención de las consecuencias deletéreas a ella.

El abordaje de estos problemas geriátricos debería realizarse de forma protocolizada al ingreso del paciente anciano en todas las áreas y/o unidades de hospitalización; siendo conscientes de que diversas intervenciones comunes y sencillas por parte de todo el personal sanitario que interviene durante la hospitalización (movilización temprana, eliminación de obstáculos, utilización de órtesis, hidratación, nutrición, revisión de la medicación, prevención delirium ...) van a contribuir a su prevención si se realizan de forma rápida o a su detección, para realizar un plan terapéutico acorde.

Celiaquía: la enfermedad del siglo XXI

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

Dr. Rafael Fernández Santos. FEA Medicina Preventiva. Hospital Obispo Polanco. Teruel

La celiaquía o enfermedad celiaca es una enfermedad sistémica de origen autoinmune, originada por el gluten y las prolaminas relacionadas, en personas genéticamente sensibles. Esta enfermedad se caracteriza por manifestaciones clínicas variables, siendo las más frecuentes los problemas de diarreas, maldigestión, hinchazón abdominal... así como la presencia de anticuerpos específicos de la enfermedad.

Esta enfermedad es dos veces más frecuente entre el género femenino; estimándose que alrededor del 1% de la población europea llegará a desarrollarla en algún momento de su vida.

Es importante remarcar que la mayor parte de los enfermos (hasta el 75% de los casos) se encuentran todavía hoy sin diagnosticar. Esto es debido a que hasta hace relativamente poco tiempo, la enfermedad celiaca no era sospechada salvo que se presentara de forma típica; es decir, en forma de pérdida de peso, náuseas, vómitos y sobre todo diarreas. La sensibilización, de la sociedad y los profesionales sanitarios, con formas de presentación atípicas o poco sintomáticas, ha hecho que en la última década se llegue a un mayor número de diagnósticos.

Según su forma de presentación, podemos clasificar la enfermedad celiaca según el patrón existente:

- **Sintomática:** los pacientes presentan síntomas muy diversos. Además, todos ellos

tendrán serologías, test genéticos e histología (muestras de tejidos recogidas mediante endoscopia/biopsias) positivos.

- **Subclínica:** las pruebas diagnósticas (serologías, test y biopsias) son positivas, pero los pacientes se encuentran asintomáticos.

- **Latente:** distinguimos dos tipos.

- **Tipo A:** pacientes diagnosticados de celiaquía en la infancia que se recuperaron por completo al suspender el gluten de la dieta; encontrándose en la actualidad asintomáticos y tolerando dieta normal.

- **Tipo B:** a priori la mucosa intestinal era normal, pero posteriormente desarrollaron la enfermedad.

- **Potencial:** estos pacientes tienen predisposición genética (siendo positivo el HLA-DQ2 o el HLA-DQ8), pero no tienen biopsias ni test positivos, que confirmen la enfermedad.

La sintomatología de la enfermedad celiaca es variable, dependiendo también del momento de la vida en que esta aparezca. Por ejemplo, en la infancia puede presentarse en forma de diarrea fétida, retrasos en el crecimiento, irritabilidad, pelo frágil o autismo. En los adultos, el debut puede ser en forma de diarreas malabsortivas, osteoporosis, depresión o incluso abortos.

Por norma general los síntomas más frecuentes suelen ser: pérdida de peso y apetito, cansancio, diarreas y sensación de hinchazón abdominal, náuseas y vómitos y anemia.

Para establecer un diagnóstico de celiaquía nos basaremos en 5 pilares:

- **Sospecha clínica:** pacientes con clínica

compatible o que pertenezcan a grupos especiales (familiares cercanos positivos, enfermedades que se asocian con esta patología...).

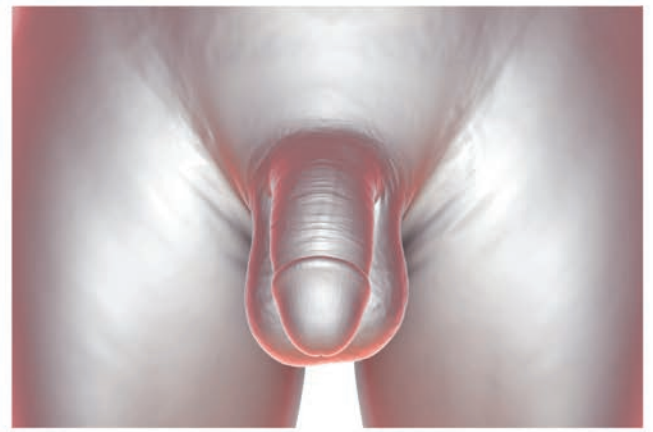
- **Serologías:** anticuerpos antigliadina, anti-endomisio y antitransglutaminasa tisular. La negatividad de estos marcadores no excluye definitivamente el diagnóstico.

- **Estudios genéticos:** HLA-DQ2 o DQ8, restando siempre que la genética positiva por sí sola no confirma la enfermedad.

- **Biopsia intestinal:** se extrae una muestra de intestino delgado de las partes más altas (duodeno o yeyuno) mientras el paciente continúa consumiendo dieta con gluten, para valorar si está o no dañado. Es la prueba definitiva para establecer el diagnóstico de la enfermedad.

- **Dieta sin gluten:** la mejoría suele ser inmediata, aunque la recuperación del intestino dañado suele conllevar más tiempo.

Actualmente el único tratamiento efectivo existente para la enfermedad celiaca es la dieta libre de gluten; dieta que debe mantenerse de por vida si se quieren evitar síntomas molestos y recaídas. La ingesta de gluten, sea en pequeñas o grandes cantidades, daña siempre las vellosidades intestinales de la persona celiaca. El gluten se encuentra en las semillas de diferentes cereales como el trigo, el centeno, la cebada y algunas variedades de avena. Los pacientes celíacos pueden consumir cereales como el arroz, el maíz, la quinoa, el amaranto o el trigo sarraceno, sin problema alguno, siempre que no exista contaminación con otros cereales.



CIRCUNCISIÓN

¿Qué es una circuncisión?

Nueva técnica quirúrgica: circuncisión con grapadora automática

*Mónica Sanz del Pozo, Walter Orlandi Oliveira, Ángel García de Jalón Martínez. Adjuntos.
Laura Enguita Arnal y Eva Salas Trigo. Residentes.
María Jesús Gil Sanz. Jefa de Servicio.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet*

La circuncisión es de las técnicas quirúrgicas más realizadas a nivel mundial. Es necesaria en varones que tienen dificultad para deslizar hacia atrás la piel que rodea el glande (prepucio) por tener esta piel menos elástica y estrecha de lo normal (fimosis). También es frecuente su realización por motivos religiosos.

La dificultad para retraer el prepucio puede dar molestias en las relaciones sexuales, imposibilidad completa para recolocar la piel con inflamación del glande (parafimosis), dificultar la correcta higiene lo cual puede derivar en infecciones de la piel y el glande (balanitis) que a la larga puede incluso llevar al desarrollo de tumores de pene.

La intervención consiste en extirpar el prepucio. Este procedimiento suele realizarse en bebés recién nacidos y es una intervención que generalmente solo dura unos minutos. También es muy frecuente, al contrario de lo que se pueda pensar, en varones de edad avanzada o con enfermedades como diabetes o liquen escleroso.

Circuncisión con técnica convencional

En primer lugar, se aplica anestesia local, que se inyecta en la base del pene.

Hay multitud de formas de realizar la intervención, pero la más común es la circuncisión por incisión dorsal. Esta consiste en traccionar

del prepucio desde la cabeza del pene, cortarlo en la parte dorsal hasta exponer el glande y recortar circunferencialmente el prepucio. Los bordes de los cortes son cosidos con puntos que se reabsorben solos en aproximadamente 2-3 semanas.

El tiempo de intervención oscila entre 40 minutos y 1 hora. Es necesario evitar las erecciones mientras los puntos persistan. Es normal que se produzca inflamación del pene e incluso un pequeño hematoma en el pene los primeros días. Lo más molesto resulta el roce del glande con la ropa, al estar completamente descubierto, pero se puede evitar llevando calzoncillo ajustado y tomando la analgesia habitual.

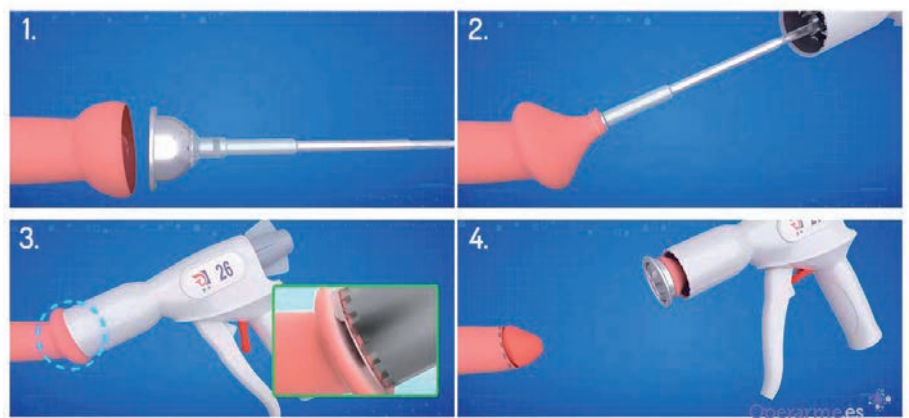
Circuncisión con grapadora automática CIRCCURER®

CIRCCURER® es un dispositivo estéril, desechable de sutura para circuncisión. Consiste

principalmente en una campana de glande, un gatillo, un bisturí circular y una grapadora de sutura con grapas de acero inoxidable que se caen solas en 1-3 semanas.

Es similar a una pistola. Una vez realizada la anestesia, se coloca una pieza del dispositivo debajo del prepucio para proteger el glande y otra externamente. Se ajusta el dispositivo y se dispara para que se realice la incisión circunferencial. Automáticamente el aparato coloca pequeñas grapas metálicas.

Permite realizar una circuncisión en pocos minutos sin que el urólogo tenga que suturar. Se reducen así los riesgos intra y post operatorios y se hace más fácil el manejo de la herida quirúrgica por parte del paciente en casa. Además, se reduce el sangrado y se consigue mejor resultado estético.



Enfermedad arterial periférica (Parte I)

¿Qué es la claudicación intermitente?

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

La enfermedad arterial periférica (EAP) es un trastorno causado por la estenosis (estrechamiento) u oclusión de la arteria aorta o de las principales arterias que irrigan las piernas (arterias ilíacas, femorales, poplíteas, tibiales y peroneas).

El síntoma clásico de la EAP es la claudicación intermitente, que consiste en dolor, entumecimiento, molestia o cansancio muscular que aparece en determinados músculos de las extremidades durante el ejercicio físico.

Estas molestias se deben a la isquemia (entendida como falta de riego) inducida por el esfuerzo, que se alivia con el descanso. No obstante, este síntoma típico aparece únicamente el aproximadamente el 10% de los pacientes; se ha observado que el 40% presentan síntomas atípicos y hasta un 50% no presentan ningún tipo de clínica.

Las molestias que ocasiona la EAP disminuyen la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes que la padecen; disminuyendo sustancialmente la movilidad y afectando negativamente a las enfermedades crónicas (disminución del ánimo, aumento de peso, peor control glucémico...), lo que aumenta progresivamente el riesgo de muerte.

Las arterias principalmente afectadas por la claudicación intermitente son:

- Aorta abdominal y arterias ilíacas (en un 30% de los pacientes sintomáticos).

- Arterias femorales y poplíteas (en un 80 – 90% de los pacientes).
- Arterias tibiales y peroneas (en un 40 – 50% de los pacientes).

Se calcula que hasta el 12% de la población mundial presenta EAP en las extremidades inferiores, aumentando la prevalencia de la enfermedad con la edad. La enfermedad es, por norma general, más frecuente en hombres, sobre todo en países en vías de desarrollo; aunque en los países occidentales, los porcentajes se igualan entre ambos sexos en mayores de 70 años.

Aproximadamente el 20% de los pacientes con claudicación intermitente empeorarán en el plazo de 5 años, desarrollando un tercio de ellos isquemia crónica de miembros inferiores que puede culminar en amputación de parte de la extremidad.

Arterioesclerosis

La principal causa de aparición de EAP es la arterioesclerosis (ATC), que se entiende como la acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias dentro de las arterias y sobre sus paredes. Esta acumulación se llama placa, y esta placa puede provocar el estrechamiento de las arterias, obstruyendo el flujo sanguíneo.

Otros factores muy importantes a tener en cuenta son:

- Tabaquismo: los fumadores tienen el doble de riesgo de desarrollar EAP que la población normal.

- Diabetes (especialmente la mal controlada): presentando un riesgo entre 2 – 3 veces más alto que la población general.
- Hiperlipidemia.
- Hipertensión Arterial.
- Insuficiencia renal crónica.

Como se ha comentado previamente, el síntoma típico de la EAP es la claudicación intermitente: molestia o dolor en los músculos de las extremidades inferiores (pudiendo ser en uno o en varios), que aparece tras el ejercicio y cede con el reposo. No obstante, muchos pacientes comentan dolores atípicos, localizados fundamentalmente en las caderas, nalgas o la parte baja de la espalda.

Cuando la isquemia es crónica y de larga evolución, los pacientes pueden aquejarse de dolor o frialdad y adormecimiento también durante el reposo. Estos síntomas en reposo suelen empeorar durante la noche, siendo frecuente que se encuentre alivio al descolgar los pies por el borde de la cama.

Es importante si se padece isquemia crónica, revisar los pies de manera detenida frecuentemente; ya que no es difícil que aparezcan úlceras, generalmente en las puntas de los dedos o en la unión de éstos, así como en zonas de tobillos. La detección de las úlceras de forma temprana permite su tratamiento precoz, impidiendo sobreinfecciones y evitando que estas se agraven.

Enfermedad arterial periférica (Parte II)

Factores de riesgo y cómo evitarlos

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

La principal causa de aparición de Enfermedad Arterial Periférica (EAP) es la arterioesclerosis (ATC), entendiéndose ésta como la acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias dentro de las arterias y sobre sus paredes.

Otros factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad, a tener en cuenta son:

- Tabaquismo.
- Diabetes.
- Hiperlipidemia.
- Hipertensión Arterial.
- Insuficiencia renal crónica y enfermedades inflamatorias crónicas.

Aterogénesis y aterotrombosis

Las placas ateromatosas se caracterizan por la acumulación de lípidos y material fibroso en la capa más interna de las arterias; como consecuencia se produce un engrosamiento de la pared de los vasos y un estrechamiento de la luz de los mismos. Este estrechamiento provoca que la cantidad del flujo sanguíneo a las extremidades se reduzca, reduciéndose también la disponibilidad de oxígeno y nutrientes en los tejidos.

Lo más frecuente es que las placas ateroscleróticas se formen en las curvas y bifurcaciones de las arterias, donde el flujo sanguíneo es más lento y turbulento. Existen múltiples factores que contribuyen a la formación de estas placas: acúmulos de calcio, inflamación crónica de la pared arterial, hiperlipidemia y aumento de la función plaquetar, entre otras.

Las lesiones ateromatosas avanzadas se vuelven susceptibles a la rotura o erosión, favoreciendo la formación de trombos o émbolos de pequeño tamaño que obstruyen los vasos de pequeño tamaño.

Tabaquismo

El tabaquismo es el principal factor de riesgo prevenible para la EAP, multiplicando por dos las posibilidades de desarrollar la enfermedad. El riesgo de desarrollar EAP y la progresión de la misma, aumenta de manera proporcional en función de la cantidad de cigarrillos fumados al día y el tiempo que lleve el paciente fumando. Se ha demostrado que el riesgo es mucho más alto cuando el paciente empieza a fumar antes de los 16 años y fuma más de 10 paquetes al año.

Aunque el abandono del tabaco disminuye el riesgo y la mortalidad asociadas, se ha demostrado que se precisan 20 – 30 años de abstinencia tabáquica para igualar el riesgo con los no fumadores.

Diabetes

Se ha comprobado que el riesgo de desarrollar claudicación intermitente es 2 – 3 veces superior en pacientes diabéticos, frente a los que no lo son. Como en el caso del tabaco, cuanto peor esté controlada la enfermedad (es decir, mayores sean los niveles de azúcar en sangre o más variaciones existan) y cuanto mayor sea el tiempo de evolución de la misma; mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad que nos ocupa.

La diabetes, como problema añadido, provoca:

- **Neuropatía distal:** daño que se provoca en los nervios con motivo de concentraciones de azúcar elevadas en sangre. La neuropatía provoca disminución de sensibilidad en extremidades inferiores, especialmente en los pies.
- **Menor resistencia a la infección:** es decir, mayores probabilidades de infección a nivel general por afectación del sistema inmune.
- **Microangiopatía.**

Estos factores, asociados a la EAP, provocan que el riesgo de amputación de las extremidades inferiores sea 5 veces superior al de la población no diabética.

Hiperlipidemia

Los niveles altos de colesterol, en cualquiera de sus fracciones no cardioprotectoras (LDL, VLDL, triglicéridos, lipoproteínas...); así como los niveles bajos de HDL (el llamado colesterol saludable), aumentan exponencialmente el riesgo de sufrir enfermedad arterial periférica y claudicación intermitente. Es vital, con el fin de reducir el riesgo de ésta y el resto de enfermedades cardiovasculares, tener una dieta balanceada (basada en frutas y verduras, evitando ultraprocesados y alcohol); y en el caso de ser preciso recurriendo al facultativo habitual para que prescriba fármacos hipolipemiantes.

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) se asocia con un incremento del riesgo de padecer EAP; en algunos estudios se demostró que la aparición de claudicación intermitente es dos veces más frecuente en pacientes hipertensos que en aquellos que tenían la tensión normal.

Recuerden que los factores de riesgo cardiovascular pueden ser en parte modificables. Con sencillas pautas como: evitar el sedentarismo, dejar de fumar, bajar de peso y tener los niveles de tensión, colesterol y azúcar controlados, podemos reducir el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el corazón y el sistema circulatorio, mejorar nuestra calidad de vida y aumentar nuestra supervivencia.

¿En qué consiste el hipogonadismo masculino?

*Walter Orlandi Oliveira, Mónica Sanz del Pozo,
Eva María Salas Trigo, Laura Enguita Arnal y M^a Jesús Gil Sanz.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet*

El hipogonadismo es la alteración de la función testicular. Puede afectar al intersticio, alterando así la producción de testosterona y/o a los túbulos seminíferos, lo cual traería como consecuencia la alteración en la espermatogénesis y por ende en la fertilidad. Tiene una incidencia de 12 casos por cada 1.000 hombres.

¿Cómo se clasifica?

El hipogonadismo puede ser: primario (debido a fallo testicular), secundario (debido a alteración hipotálamo-hipofisaria) o síndrome de resistencia a andrógenos (debido a mutación en receptores de andrógenos).

Factores de riesgo

Son múltiples, pero los más importantes son: edad, obesidad central, síndrome metabólico, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal crónica.

¿Cuáles son los síntomas?

La clínica dependerá de la edad de aparición. En la edad adulta (hipogonadismo de inicio tardío), el curso clínico es lento y progresivo, siendo las manifestaciones clínicas menos evidentes que cuando la patología se presenta a edades más tempranas. Las manifestaciones más frecuentes suelen ser: disminución de la libido, disfunción eréctil, fatiga, irritabilidad, alteración del sueño, obesidad y disminución de masa muscular, entre otras.

¿Cómo tratarla?

El tratamiento debe individualizarse en cada caso. Es fundamental acudir al especialista para valorar que tipo de tratamiento es el adecuado.

El tratamiento se basará en tres pilares fundamentales, que son:

- Identificar causa subyacente.
- Cambios en estilo de vida.
- Terapia de reemplazo con testosterona (cuando esté indicado).



No consigo buenas erecciones, ¿debo consultar al médico?

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

La disfunción eréctil es una afectación relativamente frecuente, que aumenta con la edad. La sufren un 2% de varones de 30 años, y más de la mitad a los 80 años.

Se define como la incapacidad persistente para alcanzar y mantener una erección que permita la penetración satisfactoria.

En los pacientes jóvenes puede tener un origen psicológico por problemas como estrés laboral, miedo al fracaso, ansiedad de rendimiento o problemas de pareja.

Testosterona

En los pacientes de más edad, la disfunción eréctil puede ser un signo más de la presencia de enfermedad cardiovascular, por lo que conviene controlar factores como hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo y alcoholismo. También puede deberse a una disminución en la hormona sexual masculina, la testosterona. En este caso se suele asociar una falta de deseo sexual.

Algunos fármacos antihipertensivos (diuréticos y betabloqueantes), antidepresivos y antipsicóticos, antihistamínicos, antiandrógenos y las drogas pueden contribuir a su aparición. La cirugía o radioterapia pélvica, y enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple,

enfermedad de Parkinson, polineuropatía, patología discal o lesiones medulares, pueden afectar a los nervios de los que depende la erección.

Por todo ello es recomendable que, si tienes problemas de erección que persisten en el tiempo, consultes con tu médico, quien realizará una exploración física, decidirá si solicita análisis de sangre y determinará si es necesario derivar al Urólogo, e incluso acudir al Cardiólogo, Endocrino u otros especialistas.

Existen múltiples alternativas de tratamiento

La primera y más importante pasa por realizar cambios en el estilo de vida y control de los factores de riesgo cardiovasculares.

En la mayoría de los casos, el apoyo psicológico resulta fundamental, sólo o en combinación con otros tratamientos.

Si existe disminución de testosterona ésta se puede administrar en forma de gel o inyecciones.

En cuanto a los fármacos, existen muchas opciones.

Se suelen dar de forma escalonada comenzando por las pastillas, de las que existen varios tipos distintos, que serán más o menos recomendables para cada paciente según su caso concreto (Sildenafil, Tadalafilo, Vardenafilo y Avanafilo). Lo habitual es to-

marlas entre 30 minutos y 1 hora antes de la relación sexual mejorando el aporte de sangre al pene. También se puede administrar una dosis baja diaria de Tadalafilo consiguiendo una mayor espontaneidad en las relaciones.

Están contraindicadas en pacientes que toman nitratos, han sufrido recientemente infarto de miocardio, ACV o arritmia grave, padecen hipo o hipertensión grave e insuficiencia cardíaca grave.

Si el tratamiento oral no ha sido suficiente, se puede combinar con geles intrauretrales de Alprostadilo, otro fármaco que tiene otro mecanismo de acción diferente y potencia el efecto de las pastillas.

Si fracasa el tratamiento combinado, se puede administrar Alprostadilo intracavernoso, pinchado en el cuerpo del pene. Resulta fundamental que este tratamiento sea supervisado por un Urólogo la primera vez que se emplea y que no se experimente con fármacos de origen dudoso, porque puede producir priapismo, una erección demasiado prolongada y dolorosa.

Por último, hay pacientes que no responden a ningún tratamiento y deciden recurrir a la prótesis de pene. Las prótesis son dispositivos que se implantan quirúrgicamente dentro del pene y simulan la erección, permitiendo la penetración.

¿Qué problema tienen los vuelos de larga duración para los pasajeros?

Esmeralda Lobera Salvatierra. Graduada en Enfermería.

Enfermera del Hospital Universitario San Jorge de Huesca. Especialidad Urgencias.

Alba Gracia Viñuales. Graduada en Enfermería.

Enfermera del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza (Farmacia)

El problema que tienen los vuelos de larga duración es que con ellos surge la posibilidad de padecer el Síndrome de la Clase Turista.

Consiste en la formación de coágulos en las venas de las piernas debido al largo período de tiempo que permanecemos sentados y prácticamente inmóviles durante el vuelo.

Este síndrome fue definido a finales del siglo XX cuando se detectó que personas que realizaban viajes en avión de larga duración tenían un riesgo mayor de sufrir una trombosis venosa profunda (TVP) y su principal complicación el tromboembolismo pulmonar.

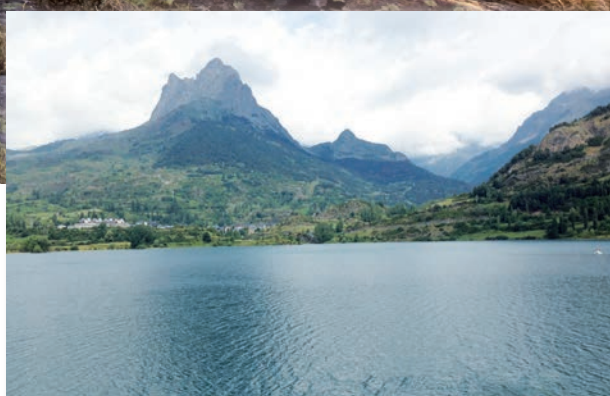
Existen tres condiciones subyacentes que predisponen a la trombosis:

1. Disminución del flujo de sangre (es-tasis).
2. Lesiones del endotelio vascular.
3. Cambios en el sistema de coagulación de la sangre.

Los factores de riesgo asociados a esta patología son:

- Edad mayor de 40 años.
- Mujer.
- Obesidad.
- Embarazo, posparto y trastornos obs-tétricos.
- Enfermedades diversas (cardiopatías, al-teraciones de la coagulación, neoplasias).
- Medicamentos como anticonceptivos, corticoides y diuréticos.
- Traumatismos y cirugía recientes.
- Inmovilidad (ortostatismo y posición sedentaria prolongada).





MERRELL®

BOREAL®

HH®
HellyHansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



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

www.lapuertaverdepanticosa.com



ZONA HOSPITALARIA

OFERTA PUBLICIDAD 2022



CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA REVISTA ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN

- Se edita en digital y su pdf se envía a los suscriptores.
- La escribe el profesional sanitario (público y privado) de Aragón.
- Tamaño DIN A4 (210 mm ancho x 297 mm alto).
- Tiene 3.142 suscriptores.
- Periodicidad Bimestral (un número cada dos meses, 6 números al año).
- Distribución el día 1 de los meses pares: 1 Feb, 1 Abr, 1 Jun, 1 Ago, 1 Oct y 1 Dic.

FORMATOS Y TARIFAS DE PUBLICIDAD

- **ANUNCIO EN CONTRAPORTADA**, tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto = **400 €+IVA/Número**.
- **ANUNCIO O PUBLIRREPORTAJE DE 1 PÁGINA** tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto = **200 €+IVA/Número**.
- **ANUNCIO DE 1/2 PÁGINA** tamaño 182 mm ancho x 130 mm alto = **150 €+IVA/Número**.
- **ANUNCIO FALDÓN** tamaño 182 mm ancho x 60 mm alto = **100 €+IVA/Número**.

NOTA: Las empresas que participéis durante seis números seguidos (un año) abonáis cinco inserciones y la sexta gratis.

BANNER o ARTÍCULO EN LA WEB: zonahospitalaria.com

- 1- Publicar el **banner de cabecera** en todas las páginas, tamaño 1092 ancho x 96 pixeles de alto, son **150 €+IVA/mes**.
- 2- Publicar un **banner de 1 módulo** tamaño 230 ancho x 170 pixeles de alto, solo en la página Home son **100 €+IVA/mes**. Si quieres que este banner aparezca también en la página de Navarra o de Aragón, añadir 50 €+IVA/mes y página.
- 3- Publicar un banner de 1 módulo, en la página de Navarra o Aragón son **50 €+IVA/mes y página**.
- 4- Publicar un **artículo** solo en la web (página Home), durante 2 meses, son **200 €+IVA**.

NOTA: Según Google Analytics, la web de **ZH** tuvo en 2021 más de 6.245.700 visitas.

CALENDARIO ANUAL (6 números/año)

- Distribución de la revista el día 1 de los meses pares: 1 feb, 1 abr, 1 jun, 1 ago, 1 oct y 1 dic.
- Necesito el contenido 20 días antes de la distribución: 10 ene, 10 mar, 10 may, 10 jul, 10 sep y 10 nov.

Más Información:

M 618 463 122 | aragon@zonahospitalaria.com