

**SUMARIO****2**Ayudas visuales para pacientes con  
Baja Visión**3**Infarto omental, otra causa de  
dolor en fosa iliaca derecha**4**Postoperatorio en cirugía urológica  
laparoscópica**6**Indicaciones y colocación de sonda  
nasogástrica**8**

Citología, ¿cuándo y para qué?

**10**

Métodos anticonceptivos

**12** Indicaciones y colocación de

sonda vesical

**14**

Onicofagia

**16**Varicocele, más común de lo que pen-  
samos**17**

¿Qué es la anatomía patológica?

**18**Prevención del delirium en el pa-  
ciente hospitalizado**19**

La puerta verde de Panticosa

**20**

Zona Hospitalaria Aragón 2023

**1 de Febrero de 2023:**

Este número 43 de la edición digital de **Zona Hospitalaria Aragón** es el último con formato revista.

A partir de ahora, a los autores y suscriptores os enviaré un pdf interactivo de la newsletter donde cada artículo publicado tendrá un enlace a la web <https://zonahospitalaria.com/> que recibió en 2022 más de 5.300.400 visitas.

Doy las **GRACIAS** a todos los **AUTORES** que con sus artículos posibilitan que los ciudadanos nos formemos y aprendamos a cuidarnos mejor. ¡Cuento con vosotros!

**GRACIAS** a las **EMPRESAS** que con su publicidad en la web van a permitir que este proyecto siga creciendo. [Ver Tarifas pág. 20]


*Merche Ferrer. Directora de Zona Hospitalaria*

# Ayudas visuales para pacientes con Baja Visión



**YANGUAS  
ÓPTICOS**

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

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

**Las patologías con afección visual, conllevan, además de la pérdida de visión (agudeza visual, campo visual, visión al color, sensibilidad al contraste), una disminución de la calidad de vida: afectando a la movilidad y a la realización de tareas habituales (AVD).**

Las patologías visuales más frecuentes en los países desarrollados son: la Miopía patológica, Glaucoma, DMAE (degeneración macular asociada a la edad), Retinopatía Diabética, DHR como la Retinosis Pigmentaria o la enfermedad de Stargardt...

Entre las demandas más importantes de los pacientes que padecen baja visión, están, ver la TV, desplazarse, leer, ver facturas...

Si en la Optometría habitual la refracción es importante, en la prescripción de ayudas de baja visión está cobra mayor relevancia, para aprovechar todo el resto visual útil.

La sensibilidad al contraste nos da una información de gran importancia, nos dice la habilidad de una persona para identificar un objeto y separarlo del fondo en que se encuentra. Nos informa como el paciente puede desempeñar tareas visuales bajo una variedad de contraste.

Como consecuencia del aumento de la expectativa de vida y de la limitación visual de estas patologías el paciente debe saber que una vez diagnosticado y tratado por el oftalmólogo debe acudir a un centro de Baja Visión, con el fin de cubrir sus necesidades, donde la edad empieza a dejar de ser un factor limitante en la incorporación o el uso de nuevas tecnologías.

Existen gran cantidad de ayudas visuales específicas para pacientes con baja visión:

- Ayudas Ópticas
- Ayudas Electrónicas
- Ayudas Inteligentes
- Ayudas Ergonómicas
- Sistemas de iluminación

Las ayudas ópticas pueden ser:

**Filtros selectivos**, para aumentar el contraste, también combaten los efectos molestos del deslumbramiento. Son más beneficiosas para el paciente de baja visión que una gafa de sol, pues no oscurece lo que queremos ver, pero si nos reduce la luz que nos molesta, ya sea solar o artificial.



**Telescopios:** Aumentan el tamaño de los objetos lejanos, como poder ver TV, se pueden montar en gafas.



Para cerca, existen, las lupas, y microscopios montados en gafas, el aumento necesario es personalizado para cada paciente. En los centros de baja visión les realizamos rehabilitación visual, para que el paciente pueda volver a leer.

Las ayudas electrónicas, son prescritas cuando el paciente necesita muchos aumentos para poder leer. Son muy fáciles de emplear, con buena rehabilitación el paciente las incorpora a su día a día.

Las ayudas de baja visión inteligentes son para pacientes con menor resto visual, o con campos visuales muy incompletos, como OrCam o Retiplus.

[www.retiplus.com](http://www.retiplus.com)  
[yanguasopticos.es](http://yanguasopticos.es)

**Yanguas Ópticos** es centro especializado en Baja Visión, si usted está diagnosticado por un oftalmólogo y no puede realizar alguna tarea cotidiana, no dude en pedir información a su especialista en Baja Visión, estaremos encantados de poder ayudarle.





## Infarto omental, otra causa de dolor en fosa iliaca derecha

*Ignacio Lasierra Lavilla. MIR Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

*El Mostafá EIL Yaqine Er Raoudi. MIR Cirugía General. Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

*Cristina Gargallo Matínez, Marta López Pérez y Gemma Boloix Peiro. MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel*

**El infarto omental es una entidad autolimitada, benigna y rara, más frecuente en varones de entre 30-50 años. Se debe a una isquemia de la grasa del epiplón mayor, generalmente del segmento derecho (en torno al 90%), por ser más móvil y tener una irrigación más larga y tortuosa que actúa como eje de torsión.**

La incidencia es desconocida, aunque se detecta de forma incidental en torno al 0,1% de las laparotomías realizadas por abdomen agudo.

Hay dos categorías principales, primarios y secundarios. El infarto omental primario ocurre espontáneamente, siendo etiquetado como infarto segmentario idiopático del epiplón mayor. Entre los factores de riesgo se incluyen malformación, diferencias en la distribución

de grasa y venas omentales redundantes.

El infarto omental secundario tiene etiologías específicas que incluyen condiciones inflamatorias y neoplasias que crean adherencias entre el epiplón y los tejidos patológicos. También puede ser causado por hernias inguinales encarceradas.

El cuadro clínico consiste en dolor abdominal agudo o subagudo que en la mayoría de los casos se localiza en el hemiabdomen derecho. De forma infrecuente se acompaña de síntomas gastrointestinales, como náuseas, vómitos y diarrea. Además, puede acompañarse de fiebre. En las pruebas de laboratorio es posible observar leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva (PCR).

La ecografía puede indicar el diagnóstico, mostrando una masa hiperecoica ovoidea. El gold standar para el diagnóstico es la TC, donde aparece como una lesión de atenua-

ción grasa, ovoidea, bien delimitada, con reticulación heterogénea y densidades lineales a menudo distribuidas de forma concéntrica o en espiral.

El tratamiento del infarto omental puede ser conservador o quirúrgico. El tratamiento conservador brinda una resolución satisfactoria y sin complicaciones. Consiste en el uso de analgésicos, antiinflamatorios y antibioterapia.

En los casos refractarios a tratamiento conservador en las primeras 48 h y cuando existen dudas diagnósticas se realizará intervención quirúrgica con resección del omento afecto. La ventaja de la cirugía temprana es la reducción de la incidencia de complicaciones como la necrosis, formación de abscesos o adherencias.

# Postoperatorio en cirugía urológica laparoscópica

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

**En Urología las cirugías laparoscópicas son aquellas en las que la vía de abordaje es a través del abdomen, pero no mediante una incisión más o menos amplia, sino a través de pequeños orificios de entrada en la piel abdominal. Desde estos orificios se inyecta gas en la cavidad abdominal, se introduce una cámara para tener visión en una pantalla externa y se introducen los instrumentos de trabajo. Son procedimientos en los que prácticamente siempre se emplea Anestesia General.**

Las cirugías laparoscópicas más frecuentes en urología son: nefrectomía, prostatectomía radical y cistectomía. Son intervenciones de duración media o larga (por lo general >120 minutos todas ellas) y con un postoperatorio de duración muy variable: desde 3-4 días en las nefrectomías hasta >7-10 días en el caso de la cistectomía.

Tras la cirugía el paciente presentará una serie de pequeñas incisiones abdominales por lo general cerradas con grapas, así como un drenaje en el lecho quirúrgico. En algunos casos, como en la prostatectomía radical, también llevará sonda vesical siempre conectada con bolsa. Además, todos los pacientes salen de quirófano portando vía periférica para fluidoterapia y analgesia intravenosa.

## Primeros días. Postoperatorio hospitalario

**Sangrado:** en las primeras 24h los pacientes suelen presentar drenajes activos al recoger los restos hemáticos del lecho tras la cirugía tan reciente. En la mayoría de los casos los drenajes van disminuyendo su cantidad día tras día. Cuando los drenajes producen menos de 50-100mL por día se plantea su retirada.

**Dolor:** los pacientes suelen presentar dolor en abdomen como consecuencia de la cirugía reciente, de los puntos internos y de la presencia

de drenajes. Habitualmente el dolor se controla con analgesia intravenosa los primeros días desescalando a analgesia oral cuando se prevé el alta próxima. Los fármacos más empleados son antiinflamatorios no esteroideos, opioides menores y opioides mayores.

**Dieta:** el inicio de la dieta tiene lugar a partir de la 8ª hora postoperatoria. Se suele empezar con dieta líquida o semiblanda en las primeras horas y, si el paciente tolera, pasar a dieta normal a las 24h-48h postoperatorias. En el caso de pacientes hipertensos o con enfermedad renal crónica la dieta será hiposódica o de protección renal respectivamente. Está muy estudiado y demostrado que (siempre que sea posible) una alimentación oral precoz, variada y rica en proteínas ayuda a cicatrizar mejor las suturas internas y a tener un postoperatorio más confortable.

**Fluidoterapia:** tras la cirugía los pacientes inician fluidoterapia de 1-2 litros de suero diarios para evitar deshidratación secundaria a



la escasa ingesta hídrica durante los primeros días postoperatorios. Mención especial merece la cistectomía en la que recientemente se ha visto que menores cantidades de fluidoterapia (<1litro suero diario) disminuyen paradójicamente el riesgo de complicaciones postquirúrgicas en contra de lo que se pensaba tradicionalmente.

**Caminar:** la deambulación tiende a ser lo antes posible, aunque no tan precoz como en las cirugías endoscópicas. Habitualmente el paciente permanece en cama las primeras 24h del postoperatorio inmediato. Esto disminuye el riesgo de sangrado y favorece la integridad de las suturas internas. A partir del segundo día se anima al paciente a incorporarse en cama y sentarse en silla. A partir del tercer día se recomienda, siempre que sea posible, reinicie la deambulación. Una deambulación temprana previene complicaciones relacionadas con el encamamiento prolongado como la formación de trombosis venosa.

### Después del Alta. Convalecencia en domicilio

**Dolor:** El dolor en uretra e hipogastrio los primeros días es leve y relativamente frecuente. Se recomienda analgesia con paracetamol o

antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno) vía oral. Con el paso de los días lo habitual es que el dolor vaya cediendo gradualmente. Dieta y líquidos: se recomienda dieta rica en fruta, verdura y una ingesta de 2litros de agua diarios, siempre que no haya otra patología médica como por ejemplo insuficiencia cardíaca que contraindique ingesta de abundantes líquidos.

**Ejercicio:** se recomienda caminar y llevar una vida activa siempre con cuidado de evitar tirones en sonda vesical. No se recomienda ejercicio físico intenso o cargar peso hasta pasados 4 semanas de la intervención quirúrgica. El estreñimiento también se considera esfuerzo intenso y es importante combatirlo con paseos e ingesta de fibra y líquidos.

**Sonda Vesical:** en algunos casos la sonda vesical se retira en hospital antes del alta, pero en otros casos el paciente puede ir a casa portando sonda vesical con indicación de retirada en el centro de salud (enfermería) una fecha concreta. Los cuidados de la sonda están detallados en el artículo Sonda urinaria preguntas más frecuentes publicado en el nº28 de esta misma revista, edición Aragón.

**Heridas abdominales:** la retirada de grapas se realiza en torno a los 10-14 días tras la cirugía. Es importante realizar cura plana de la herida con Clorhexidina o Povidona yodada hasta la retirada de las grapas. En la mayoría de los casos los pacientes pueden realizarse las curas ellos mismos en domicilio.

**Alta laboral:** el momento del alta laboral es el más difícil de prever ya que depende de la convalecencia del paciente y del tipo de trabajo que desempeñe. Como normal general pasadas cuatro-cinco semanas desde la cirugía muchos pacientes están en disposición de trabajar, aunque siempre hay que individualizar.

### ¿Cuándo debe acudir a Urgencias?

- Fiebre >38°C, mal estar general quebrantamiento del estado general
- Apertura de las heridas o emisión de sangrado o secreciones malolientes a través de ellas
- Caída de la sonda. Aunque usted se encuentre bien si se le cae la sonda deberá acudir a Urgencias. Allí evaluaremos su caso por si es necesario colocar una nueva.



# Indicaciones y colocación de sonda nasogástrica

*Isabel Moreno Lucente. FEA Medicina Interna*

*Carlos Gimillo Monterde. Graduado Universitario en Enfermería.*

*Hospital Obispo Polanco. Teruel*

Una sonda nasogástrica (SNG) es un tubo de plástico, relativamente flexible, que se introduce a través de uno de los orificios de la nariz, descendiendo a través de la garganta y el esófago hasta llegar al estómago. A través de este tipo de dispositivos podemos:

administrar medicamentos y medicaciones o por el contrario vaciar el contenido del estómago en los casos necesarios.

## Indicaciones para colocar una sonda nasogástrica

- Para descomprimir el estómago y el tubo digestivo.
- Para vaciar el estómago: esto es frecuente en los casos de hemorragia digestiva (vaciamos el estómago de sangre) o en pacientes intubados (vaciamos el estómago de cualquier contenido para evitar aspiraciones).
- Para obtener una muestra del contenido del estómago.
- Para administrar antídotos: por ejemplo, en los casos de ingesta de tóxicos que precisen

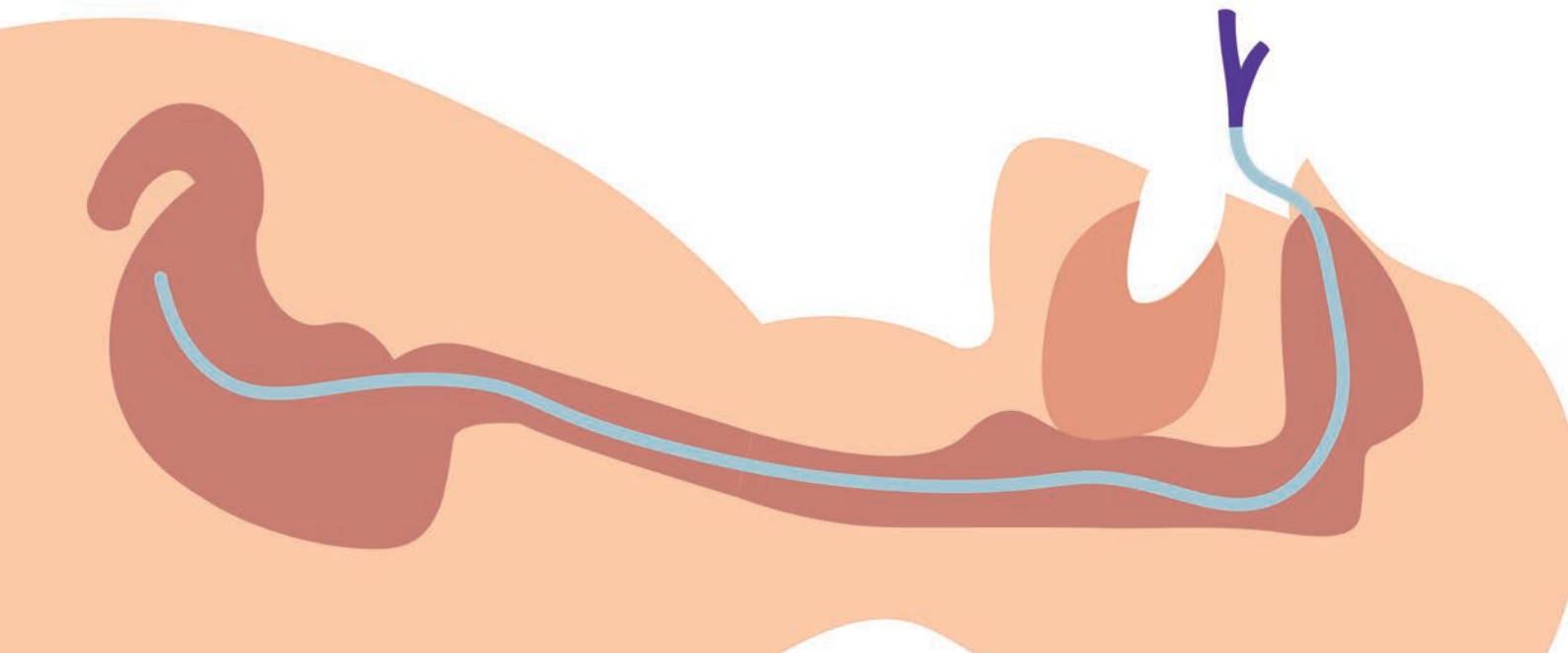
de carbón activado.

- Para administrar contrastes radioopacos.
- Para eliminar toxinas ingeridas (poco frecuente).
- Para alimentar al paciente: en estos casos la alimentación puede administrarse en el propio estómago o en casos especiales en el intestino delgado (para estos últimos se precisa de una sonda especial, más larga y delgada).

## Contraindicaciones para colocar una sonda nasogástrica

- Anomalías esofágicas con alto riesgo de perforación: divertículos, estenosis o ingesta reciente de cáusticos.
- Obstrucción nasofaríngea o esofágica.
- Traumatismo facial grave.
- Alteraciones en la coagulación que puedan provocar sangrados (en este caso se trata de una contraindicación relativa).

**¿Qué necesitamos para colocar una sonda nasogástrica?**



- Equipo de protección individual, consistente en: bata protectora desechable, guantes y mascarilla facial.
- Sonda nasogástrica elegida.
- Anestésico local, preferiblemente en formato aerosol.
- Vasoconstrictor local, preferiblemente también en formato aerosol.
- Jeringa con catéter de 60ml.
- Lubricante.
- Fonendoscopio.
- Apósito de sujeción.
- Batea o cubeta.
- Gasas.
- Toalla o empapador.

### ¿Cómo debemos colocar una sonda nasogástrica?

1. Sentaremos al paciente, pidiéndole que coloque el cuello de manera ligeramente flexionada.
  - Si el paciente es incapaz de colocarse sentado, lo ideal es acostarlo, colocándolo en posición de decúbito lateral izquierdo.
  - Si el paciente está siendo ventilado (a través de un tubo endotraqueal) la sonda puede colocarse con el paciente erguido o en decúbito supino (boca arriba).
2. Comprobaremos la permeabilidad de cada fosa nasal: para ello taponaremos un orificio nasal y pediremos al paciente que respire por el otro lado. Tras esto preguntaremos al paciente con qué lado de la nariz respira mejor.

3. Colocaremos una toalla o empapador sobre el pecho del paciente, para mantenerlo limpio durante el procedimiento.
4. Tras elegir el lado en el que insertaremos la sonda, rociaremos dicha fosa nasal junto con la faringe con el anestésico local elegido (lidocaína o benzocaína). Esto, para asegurar su efectividad y procurar la menor molestia al paciente, deberemos realizarlo 5 minutos antes de la colocación del tubo.
5. Si se dispone de vasoconstrictores en formato aerosol, éste es el momento de rociar la fosa nasal en su totalidad. Este es un paso opcional, que puede omitirse sin mayor trascendencia.
6. Aprovecharemos el tiempo de espera para que el anestésico haga efecto para medir la profundidad de inserción de la sonda: distancia aproximada al lóbulo de la oreja o al ángulo de la mandíbula y luego al apéndice xifoides (esternón) + 15 cm.
7. Lubricaremos el extremo de la sonda.
8. Insertaremos suavemente el tubo en la nariz y posteriormente lo deslizaremos con delicadeza hacia atrás, hasta pasar por debajo del cornete nasal. Continuaremos introduciendo suavemente la sonda teniendo en cuenta que:
  - Es esperable encontrar cierta resistencia (ligera) conforme la sonda avanza a través de la nasofaringe posterior.
  - Pediremos al paciente que haga el gesto de tragar o incluso que tome pequeños sorbos de

- agua durante la colocación del dispositivo. De esta manera el paciente "se tragará el tubo" lo que facilitará su paso a través del esófago.
9. Insertaremos el tubo hasta que alcancemos la profundidad previamente definida y comprobaremos que éste se encuentra correctamente colocado.
    - Pediremos al paciente que hable: si el paciente no puede hablar, percibimos cambios en el tono de la voz, presenta dificultad respiratoria o náuseas y arcadas importantes, el dispositivo debe retirarse de inmediato (ya que es muy probable que se encuentre colocado en la tráquea).
    - Inyectaremos 20 – 30cc de aire a través de la sonda, para posteriormente auscultar con el fonendoscopio (bajo la región subcostal izquierda). Si se escucha una ráfaga de aire tras la inyección, se considera que la sonda está correctamente colocada.
    - Debemos aspirar el contenido gástrico como segundo mecanismo de confirmación, aunque en ocasiones pese a que el tubo se encuentre bien colocado no obtenemos material alguno.
    - Como método final de confirmación, podemos solicitar una radiografía de tórax (donde veremos el extremo del catéter colocado sobre la imagen del estómago).
    - Fijaremos la SNG a la nariz del paciente e iniciaremos maniobras precisas (aspiración continua, débito a bolsa, administración de antidotos...).



# Citología, ¿cuándo y para qué?

*Marta Benito Vielba, Ligia Gil Melgosa, Verónica Gómez García, Cristina Luna Álvarez, Victoria Pallarés Arnal y Marta Castellá Segarra. Facultativo Especialistas de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Barbastro. Huesca.*

**La citología vaginal o test de Papanicolaou es una prueba que sirve para diagnosticar las lesiones precursoras o el propio cáncer de cérvix o cuello uterino (CCU). El cuello uterino es la parte más baja del útero y que desemboca en la parte superior de la vagina.**

El cáncer de cérvix es una patología cuya causa es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes. Existen múltiples serotipos de virus del papiloma humano, sin embargo, los serotipos 16 y 18 son los responsables del 70% de los cánceres de cérvix. La persistencia del virus durante tiempo puede acabar ocasionando lesiones precursoras que con los años de evolución pueden acabar generando un cáncer de cérvix uterino.

## ¿Cómo se realiza la citología?

La citología es una técnica muy sencilla que dura unos segundos y que, normalmente, forma parte de la revisión ginecológica. Se realiza colocando a la paciente en posición ginecológica y colocando un espéculo vaginal para visualizar el cuello uterino. Una vez visualizado el cuello se realiza un raspado con un cepillo recogiendo muestra de la parte externa e interna del cuello uterino e introduciendo la muestra en un bote con líquido conservante. La muestra recogida se envía a laboratorio y permite determinar la existencia de la infección por el virus de papiloma humano de alto riesgo para desarrollar cáncer de cérvix, así como analizar si dicha infección ha producido alguna lesión en el cuello del útero.

## ¿Es necesaria alguna preparación para la citología?

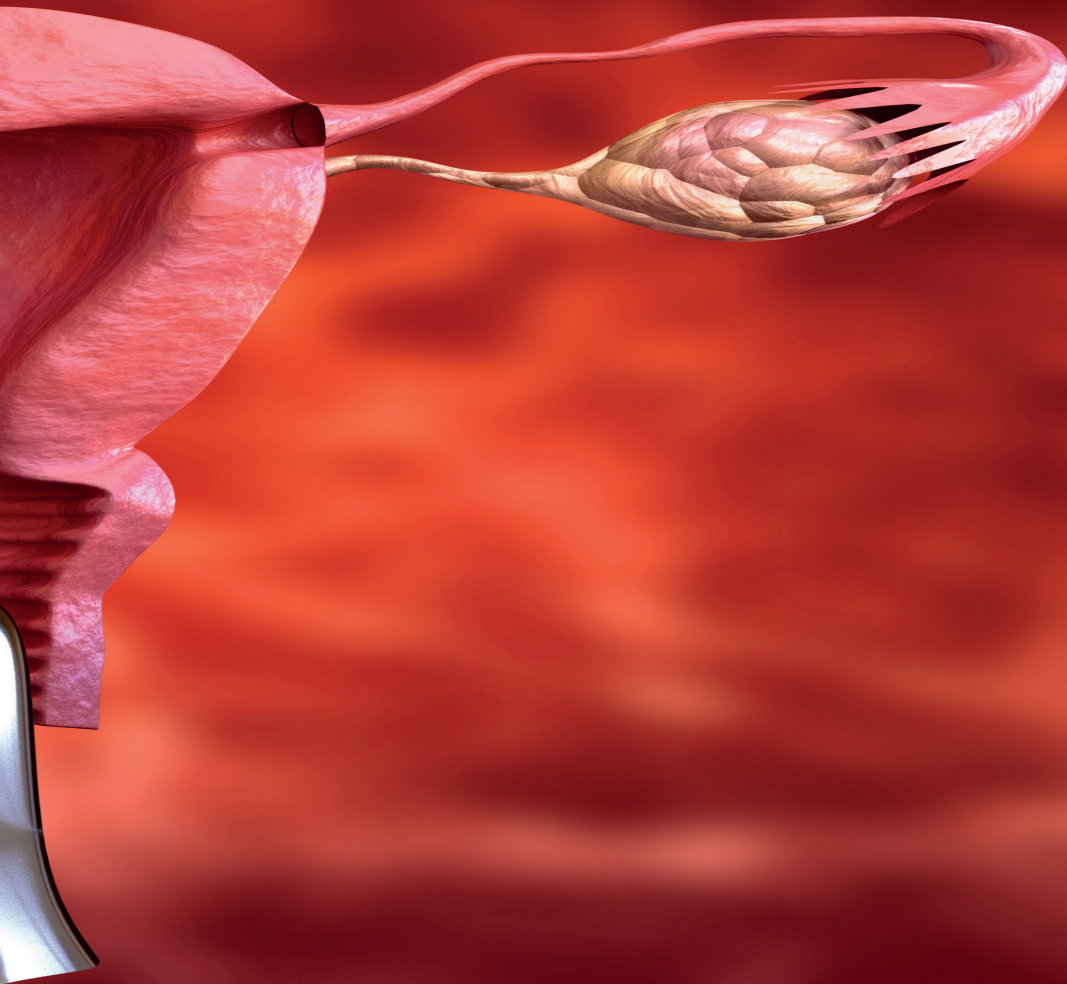
La citología no requiere una preparación especial pero sí que hay que tener en cuenta unas consideraciones generales:

- La paciente no debe estar con la menstruación en el momento de realizar la prueba.
- Debe indicar a su médico si está tomando tratamientos hormonales.
- En las 48 horas previas a la toma la paciente debe evitar las relaciones sexuales, las duchas vaginales, el uso de espermicidas y cremas vaginales.

## ¿Qué es el cribado de cáncer de cérvix?

El objetivo del cribado de cáncer de cérvix es reducir la mortalidad cáncer de cérvix por un lado identificando a las mujeres sin síntomas que ya tienen lesiones por virus del papiloma humano que pueden progresar a un cáncer de cérvix y por otro lado detectando aquellos cánceres en estado muy iniciales que todavía pueden curarse con tratamiento.





### ¿Cuáles son los beneficios del cribado de cáncer de cérvix?

Los principales beneficios del cribado son:

- Reducir la incidencia y mortalidad por CCU. Conseguir la curación de mujeres tratadas tras ser diagnosticadas gracias al programa de cribado que, en su ausencia, habrían desarrollado y/o muerto por CCU.
- Mejorar de la calidad de vida gracias a la posibilidad de realizar tratamientos menos agresivos de lesiones premalignas o CCU inicial detectados por el cribado.
- Beneficiar psicológicamente a las mujeres al saber que el resultado de una prueba de cribado negativa ofrece un intervalo de seguridad libre de enfermedad (riesgo mínimo de desarrollar un CCU o lesiones precursoras de alto grado).

### ¿Cuándo deben empezarse a realizar citologías?

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPC) establecen que el cribado de cáncer de cuello uterino mediante citología debe comenzarse a partir de los 25 años de edad independientemente de la edad de inicio de las relacio-

nes sexuales, de si la paciente está vacunada frente al virus del papiloma humano o de la existencia de otros factores de riesgo.

La prueba a realizar dependerá de la edad de la paciente:

- Entre los 25 y los 29 años se realizará citología cada 3 años.
- Entre los 30 y los 65 años se realizará determinación del virus del papiloma humano cada 5 años.

### ¿Cuándo deja de ser necesario hacerse citologías?

El cribado de cáncer de cuello de útero finaliza a los 65 años si el cribado previo ha sido negativo y correcto. Puede ser necesario prolongarlo en el tiempo en pacientes que han tenido infección por el virus del papiloma humano o lesiones derivadas del mismo.

### ¿Cómo debe interpretarse el resultado de una citología?

Si el resultado es negativo significa que las células que han sido analizadas son normales. En cambio, si el resultado es positivo, significa que existen células anómalas en general debidas a la infección por el virus del papiloma humano.

### ¿Qué hay que hacer si la citología sale alterada?

Existen distintos grados de alteración de las citologías. En función del grado de alteración de la citología y el tipo de virus del papiloma humano que tenga la paciente puede ser necesario realizar una colposcopia. La colposcopia consiste en la visualización ampliada del cérvix uterino, la vulva o la vagina con el objetivo de detectar lesiones derivadas de la infección por el virus del papiloma humano. Para su detección pueden utilizarse distintas sustancias como el ácido acético o el lugol que permiten identificar las lesiones con mayor facilidad. En caso de sospecharse la existencia de alguna lesión de alto grado que pueda requerir tratamiento estará indicada la toma de una biopsia. En función del resultado de dicha biopsia el ginecólogo puede indicar el seguimiento en unos meses o puede indicar la realización de una conización en caso de diagnosticarse lesiones precursoras de alto grado.



# Métodos anticonceptivos

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

*Facultativos Especialistas de Ginecología y Obstetricia. Hospital Barbastro. Huesca*

## MÉTODOS BARRERA

**Diseñados para evitar que el espermia ingrese al útero, los métodos de barrera son removibles y pueden ser una opción para las mujeres que no pueden usar métodos anticonceptivos hormonales. Los métodos de barrera tienen una tasa de falla típica del 12 % al 28 %, según el método.**

- **Condomes masculinos.** En general, los condones masculinos están hechos de látex o poliuretano. Los condones de látex o poliuretano reducen el riesgo de diseminar enfermedades de transmisión sexual.
- **Condomes femeninos.** Estos son una especie de bolsa de plástico fino y flexible. Una parte del condón se inserta en la vagina de la mujer antes de tener relaciones sexuales para evitar que el espermia ingrese al útero. El condón femenino también reduce el riesgo de ETS.
- **Espojas anticonceptivas.** Estas son esponjas de espuma blandas, impregnadas de espermicida y desechables. Se inserta una en la vagina antes de tener relaciones sexuales. La esponja debe permanecer en el lugar durante un mínimo de 6 horas luego de las relaciones sexuales y retirarse dentro de las 30 horas posteriores a las mismas. Actualmente, la única esponja anticonceptiva vaginal aprobada por la FDA es la Today®.
- **Espermicidas.** Los espermicidas pueden destruir los espermatozoides. Un espermicida puede usarse solo o en combinación con un diafragma o un capuchón cervical. El agente espermicida más común es una sustancia

química llamada nonoxinol-9 (N-9). Está disponible en varias concentraciones y presentaciones como espuma, gel, crema, supositorio y película. El espermicida debe insertarse en la vagina, cerca del útero, no más de 30 minutos antes de las relaciones sexuales y permanecer en el lugar durante 6 a 8 horas después de las mismas para evitar el embarazo. Los espermicidas no previenen la transmisión de ETS y pueden causar reacciones alérgicas o vaginitis.

- **Diafragmas.** Cada diafragma es una especie de copa flexible y poco profunda hecha de látex o una goma blanda que se inserta en la vagina antes de tener relaciones sexuales e impide que el espermia ingrese al útero. Debe usarse crema o gel espermicida junto con el diafragma. El diafragma debe permanecer en el lugar durante 6 a 8 horas después de las relaciones sexuales para evitar el embarazo, pero debe retirarse dentro de las 24 horas de su inserción.
- **Capuchones cervicales.** Son similares a los diafragmas, pero más pequeños y más rígidos. El capuchón cervical es una copa de silicona fina que se inserta en la vagina antes de tener relaciones sexuales para impedir que el espermia entre al útero. Al igual que el diafragma, el capuchón cervical debe usarse con crema o gel espermicida. El capuchón debe permanecer en el lugar durante 6 a 8 horas después de las relaciones sexuales para evitar el embarazo, pero debe retirarse dentro de las 48 horas de su inserción. Con los cuidados adecuados, el capuchón cervical puede usarse durante hasta 2 años antes de reemplazarse. Actualmente, el FemCap es el único capuchón cervical aprobado por la FDA.

## MÉTODOS HORMONALES

### 1. Métodos hormonales de acción corta

Los métodos hormonales usan hormonas para regular o detener la ovulación y evitar el embarazo. La ovulación es el proceso biológico en el cual los ovarios liberan un óvulo, que queda disponible para la fecundación. Se pueden introducir hormonas en el cuerpo de varias maneras, como píldoras, inyecciones, parches cutáneos, geles transdérmicos, anillos vaginales, sistemas intrauterinos y varillas implantables. Según los tipos de hormonas que se usan, estos métodos pueden evitar la ovulación; engrosar el moco cervical, lo que ayuda a impedir que el espermia llegue al óvulo; o afinar el tejido que recubre el útero. Los métodos hormonales de acción corta (p. ej., inyectables, píldoras, parches, anillos) son efectivos si se usan a la perfección, pero en el uso típico, las tasas de falla son del 7 % al 9 %.

- **Anticonceptivo inyectable.** Este método implica la inyección de una progestina, Depo-Provera® una vez cada 3 meses. Este es un método de control de natalidad que puede provocar una pérdida temporal de densidad ósea, en especial en las adolescentes. Sin embargo, esta pérdida ósea suele recuperarse luego de discontinuar el uso de DMPA. La mayoría de las pacientes que utilizan métodos anticonceptivos inyectables deben llevar una dieta rica en calcio y vitamina D o tomar suplementos vitamínicos mientras reciben este medicamento.
- **Píldoras solo de progestina (POP,** por sus siglas en inglés). Una mujer toma una píldora por día, de preferencia a la misma hora cada día. Las POP pueden interferir con la ovulación o con la actividad del espermia. Las POP engrosan el moco cervical, lo que dificulta

que el espermatozoide nade hacia el útero o ingrese a las trompas de Falopio. Las POP alteran los cambios cíclicos normales en el revestimiento uterino y pueden provocar sangrado no previsto o entre los períodos menstruales normales. Estas hormonas no parecen asociarse con un aumento del riesgo de formación de coágulos sanguíneos.

## 2. Métodos hormonales combinados

Los métodos hormonales combinados contienen un estrógeno sintético (etinilestradiol) y una de las varias progestinas. Todos los productos funcionan mediante inhibición de la ovulación y engrosamiento del moco cervical. Los fármacos combinados con estrógeno/progestina se pueden administrar en forma de píldoras, un parche o un anillo vaginal. Los métodos hormonales combinados tienen algunos riesgos médicos, como coágulos sanguíneos, que se asocian con el estrógeno sintético del producto. No se observaron estos riesgos con métodos hormonales de progestina sola, como los anticonceptivos inyectables, las POP o LARC hormonales.

- **Anticonceptivos orales combinados.** Los COC contienen un estrógeno sintético y una progestina, los cuales sirven para inhibir la ovulación. Una mujer toma una píldora por día, de preferencia a la misma hora cada día.

- **Parche anticonceptivo.** Es un parche de plástico fino que se adhiere a la piel y libera hormonas al torrente sanguíneo a través de la piel. El parche se coloca en la parte baja del abdomen, las nalgas, la parte externa del brazo o la parte superior del cuerpo. Se coloca un nuevo parche una vez por semana durante 3 semanas y no se usa parche en la cuarta semana para permitir la menstruación. Actualmente, el único parche aprobado por la FDA es el Evra®.

- **Anillos vaginales.** El anillo es fino, flexible. Administra una combinación de etinilestradiol y progestina. El anillo se inserta en la vagina, donde libera en forma continua hormonas durante 3 semanas. La mujer se lo retira en la cuarta semana e inserta un anillo nuevo 7 días después. Los riesgos de este método anticonceptivo son similares a los de las píldoras anticonceptivas orales combinadas. El anillo vaginal no se recomienda a ninguna mujer con determinadas afecciones de salud, incluidas presión arterial alta, enfermedad cardíaca o determinados tipos de cáncer.

## ANTICONCEPCIÓN REVERSIBLE DE LARGA DURACIÓN

### Métodos intrauterinos

Un dispositivo intrauterino (DIU), también

denominado sistema intrauterino, es un pequeño dispositivo en forma de T que se inserta en el útero para evitar el embarazo. El dispositivo lo inserta un profesional de la salud. El DIU puede permanecer y funcionar de manera efectiva durante muchos años. Luego del período de tiempo recomendado, o cuando la mujer ya no necesite o desee un método anticonceptivo, un profesional de la salud retira o reemplaza el dispositivo.

- **Un DIU hormonal** libera una hormona progestina (levonorgestrel) en el útero. La hormona liberada hace que el moco cervical se engrose, inhibe la llegada del espermatozoide al óvulo y su fecundación, afina el revestimiento uterino y puede impedir que los ovarios liberen óvulos. La tasa de falla del SIU hormonal es inferior a 0,5 % (menos de 1 de cada 200 mujeres que lo usan quedan embarazadas en 1 año de uso); sin embargo, aproximadamente el 4 % de las mujeres pueden experimentar la expulsión del dispositivo. Este método también se puede usar para tratar un sangrado menstrual abundante, dado que la hormona a menudo reduce o elimina al sangrado uterino.

- **Un DIU de cobre** impide que el espermatozoide llegue al óvulo y lo fecunde, y puede evitar que el óvulo se adhiera en el útero. Si el óvulo fuera fecundado, la presencia física del dispositivo impide que el óvulo fertilizado se implante en el revestimiento del útero. La tasa de falla de DIU de cobre es menor a 1 cada 100; sin embargo, aproximadamente el 4 % de las mujeres puede experimentar la expulsión del dispositivo. No se recomienda un DIU de cobre a las mujeres que podrían estar embarazadas, que tengan infecciones pélvicas o que hayan tenido perforaciones uterinas durante inserciones anteriores de DIU. Tampoco se recomiendan a las mujeres con cáncer de cuello uterino o de útero, sangrado vaginal inexplicable o tuberculosis pélvica.

### Implante subcutáneo

El implante es una varilla implantable. El método tiene una tasa de falla de menos de 0,5 % (menos de 1 cada 200 mujeres que lo usan quedan embarazadas en 1 año de uso). Dura 3 años.

## ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA

Los anticonceptivos de emergencia se pueden usar después de tener relaciones sexuales sin protección o si se rompe el condón.

- **DIU de cobre.** Es el método anticonceptivo más efectivo de los anticonceptivos de emergencia. El dispositivo se puede insertar en el plazo de 120 horas desde el momento en que se mantuvieron relaciones sexuales sin

protección. El método es casi 100 % efectivo para la prevención del embarazo y tiene el beneficio adicional de proporcionar un método anticonceptivo altamente efectivo durante el período en el cual el dispositivo esté colocado. Hay muy pocas contraindicaciones para el uso del DIU de cobre.

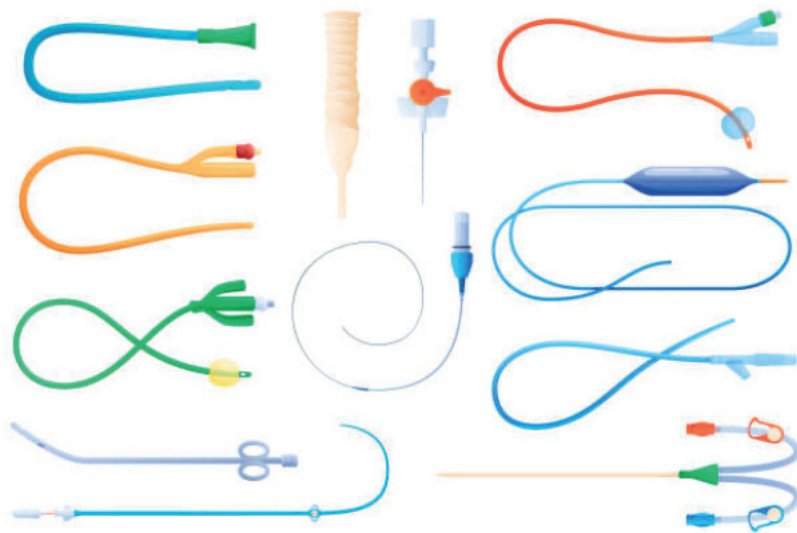
- **Las píldoras anticonceptivas de emergencia** son píldoras hormonales que se toman como una dosis única o en dos dosis con 12 horas entre una y otra; su uso está previsto para casos de relaciones sexuales sin protección. Si se toman antes de la ovulación, las píldoras pueden retardar o inhibir la ovulación durante al menos 5 días para permitir que el espermatozoide se torne inactivo. También pueden engrosar el moco cervical y pueden interferir con la actividad del espermatozoide. Las ECP deben tomarse lo antes posible luego de la exposición al semen y no deben usarse como método anticonceptivo regular. Si las píldoras se toman después de la ovulación o si la mujer tiene relaciones sexuales sin protección en el mismo ciclo, puede producirse un embarazo.

## ANTICONCEPCIÓN IRREVERSIBLE, ESTERILIZACIÓN

La esterilización es una forma permanente de control de la natalidad que impide que una mujer quede embarazada o que un hombre libere espermatozoides. El procedimiento de esterilización, que suele requerir una cirugía, debe ser realizado por un profesional de la salud. Estos procedimientos no suelen ser reversibles.

- **La ligadura de trompas** es un procedimiento quirúrgico en el que el médico corta, ata o sella las trompas de Falopio. Este procedimiento obstruye el camino entre los ovarios y el útero. El espermatozoide no puede llegar al óvulo para fecundarlo, y el óvulo no puede llegar al útero.

- **La vasectomía** es un procedimiento quirúrgico que corta, cierra u obstruye los conductos deferentes. Este procedimiento obstruye el pasaje entre los testículos y la uretra. El espermatozoide no puede abandonar los testículos y, por lo tanto, no puede llegar al óvulo. Pueden pasar hasta 3 meses hasta que el procedimiento sea completamente efectivo. En tanto las pruebas no confirmen que no hay espermatozoides en el semen, debe usarse un método anticonceptivo de respaldo.



# Indicaciones y colocación de sonda vesical

Isabel Moreno Lucente. F.E.A. Medicina Interna

Carlos Gimillo Monterde. Graduado Universitario en Enfermería

**Una sonda vesical (SV) es un catéter fino de material plástico, generalmente látex, que se introduce a través de la uretra hasta llegar a la vejiga. La colocación de este tipo de dispositivos permite un drenaje continuo de la orina.**

Tipos de sondas y sondajes vesicales existentes  
Las SV varían en cuanto a calibre, tipo de material, configuración del extremo final, número de puertos, tamaño del balón y longitud.

## ● Calibre.

El calibre está estandarizado en unidades French (F), también conocidas como unidades Charrière (Ch). Los tamaños varían desde 12 a 24 F para adultos, y de 8 a 12 F para niños. Por norma general utilizaremos SV de pequeño calibre para obtener muestras estériles de orina, aliviar episodios de retención aguda de orina o cuantificar de manera estricta la diuresis. En casos de sangrado o infección del tracto urinario es preferible emplear dispositivos de mayor calibre, para evitar posibles obstrucciones (coágulos hemáticos, posos y sedimentos...).

## ● Tipo de material.

La elección del material de la sonda dependerá del uso que se le quiera dar a la misma, siendo las más frecuentes las de látex y silicona. Por norma general:

- **Sondaje discontinuo:** plástico, látex o cloruro de polivinilo.

- **Sondaje permanente:** látex con silicona, hidrogel o polímeros recubiertos por aireaciones de plata (evitan la proliferación bacteriana).

## ● Configuración del extremo final.

Las puntas son rectas en la mayoría de las sondas y se emplean para el sondaje vesical intermitente. Otras sondas con pueden tener una punta expandible con forma de hongo (como la sonda de Pezzer) o en forma de hongo con 4 perforaciones (sonda de Malecot); éstas se emplean en el sondaje suprapúbico o en nefrostomías. Las sondas acodadas presentan un extremo doblado para facilitar el sondeo a través de estenosis u obstrucciones.

## ● Número de puertos.

Todas las sondas tienen orificios o puertos para el drenaje urinario continuo. Muchas tienen puertos para inflar el balón para la irrigación o para ambas funciones.

## ● Tamaño del balón

Los balones de las tienen diferentes volúmenes, desde 2,5-5 mL en niños y de 10-30 mL en adultos.

Respecto al tipo de sondaje vesical, nos encontraremos fundamentalmente 2 categorías, en función del tiempo que se mantenga colocada la SV:

- **Sondaje vesical intermitente:** la SV se mantiene un tiempo corto, empleándose para reolver alguna situación puntual.

- **Sondaje vesical permanente:** la SV se mantiene durante largos periodos, con cambios reglados por personal cualificado. Para la retirada definitiva de este tipo de dispositivos en muchas ocasiones es precisa una intervención quirúrgica urológica.

## Indicaciones para la colocación de una Sonda Vesical

Las sondas vesicales se usan con los siguientes objetivos:

- Obtener una muestra de orina estéril para examinarla.
- Determinar el volumen de orina residual contenida en la vejiga.
- Controlar estrictamente la diuresis de un paciente.
- Aliviar los episodios de retención urinaria.
- Tratamiento de la incontinencia.
- Administrar contraste radiopaco o medicamentos directamente a la vejiga.
- Irrigar la vejiga.

## Contraindicaciones para la colocación de una Sonda Vesical

- Estenosis uretral.
- Traumatismo uretral previo.
- Infección de vías urinarias existente en el momento del sondaje.
- Reconstrucción uretral o cirugía vesical.



- Antecedentes de dificultad para colocación de catéter previo.

Es importante recalcar que este tipo de contraindicaciones son relativas, no absolutas. Por norma general el sondaje vesical lo puede realizar cualquier profesional sanitario entrenado para ello, incluso en ocasiones los propios pacientes pueden realizarlo. No obstante, en los casos mencionados anteriormente se recomienda la colaboración por parte de personal experto (urólogos, enfermeros especializados).

### ¿Qué necesitamos para colocar una Sonda Vesical?

Por lo general se disponen de kits de sondaje, que contienen todos los materiales que vamos a necesitar. Estos son:

- Campo estéril (desechable o paño quirúrgico).
- Guantes estériles.
- Povidona yodada o similar.
- Hisopos, gasas estériles o similar.
- Lubricante hidrosoluble, preferiblemente emplear aquellos que contengan anestésicos en su composición para el sondaje masculino.
- Catéter vesical escogido.
- Jeringa de 10ml con agua (para hinchar el balón).
- Dispositivo de recolección estéril de orina con tubo.

### ¿Cómo debemos colocar una Sonda Vesical?

1. Colocaremos al paciente en decúbito supino, con las caderas cómodamente abducidas.

2. Prepararemos en una bandeja accesoria a la cama del paciente todo el material que vamos a necesitar sobre un campo estéril, es preciso que el material resulte en todo momento accesible al personal que va a proceder al sondaje. En caso de no disponer de una bandeja accesoria también se acepta, siempre que se cumplan las condiciones de esterilidad, que el material sea colocado entre las piernas del paciente en la propia cama o camilla.

3. Conectaremos el catéter al sistema de recolección sin romper el sello.

4. Comprobaremos la integridad del balón hinchándolo con agua varias veces hasta asegurarnos de su normofuncionamiento.

5. Lubricaremos la punta del catéter escogido.

6. Empaparemos gasas o torundas estériles en povidona yodada o antiséptico de elección.

7. Colocaremos el campo estéril, de preferencia fenestrado, sobre la pelvis del paciente de manera que el pene o la vulva queden expuestos.

8. Con la mano no dominante exponemos el área genital del paciente para proceder a su limpieza:

*En hombres:* sujetaremos el cuerpo del pene y retraeremos el prepucio.

*En mujeres:* extenderemos suavemente los labios vaginales dejando el meato a la vista.

Es importante recalcar en este paso que la mano empleada se encuentra ahora contaminada, por eso se recomienda el empleo de la no dominante, por lo que no podremos emplearla para manipular ninguno de los dispositivos durante el procedimiento. Se

recomienda mantener esa misma mano en la posición de sujeción adoptada hasta que finalice el sondaje.

9. Limpiaremos el área circundante al meato con las gasas o hisopos empapados en anti-séptico.

10. Con la mano libre, sujetaremos el catéter lubricado y lo empujaremos suavemente a través del meato y posteriormente de la uretra. Al llegar a la vejiga (o superar la obstrucción o estenosis) la orina debería fluir libremente a través del catéter y tubo de drenaje.

11. Hincharemos el balón con el volumen de agua recomendado.

En caso de aparecer dolor a la hora del inflado deberemos sospechar que el catéter no se encuentra correctamente colocado, pudiendo haber quedado el balón en la uretra y no en la vejiga. En estos casos es indicativo deshinchar y comprobar qué ha ocurrido.

Una vez comprobado el normofuncionamiento del la SV, procederemos a:

- Retirar los campos.
- Asegurar el catéter al muslo (mediante un adhesivo o una venda elástica).
- Colgar la bolsa de diuresis en las barandas de la cama.

Complicaciones derivadas de la colocación de una Sonda Vesical.

- Infección del tracto urinario: mantener durante todo el procedimiento las condiciones de esterilidad evita en gran medida el desarrollo de este tipo de infecciones.
- Creación de falsas vías.
- Traumatismo uretral y/o vesical: pueden ocasionar sangrados, en su mayoría leves y autolimitados.
- Cicatrices y estenosis.
- Parafimosis en varones adultos no circuncidados.
- Perforación vesical (muy poco frecuente).



## Onicofagia

*Ana Belén Mongío Pardo, Esmeralda Lobera Salvatierra, Almudena Cañardo Yebra, Lucía Rivarés Garasa, Isabel Torrés Jurado, Lucía Iglesia Carnicer y Montserrat Opla Ascaso.*

*Enfermeras de Especialidades Médica. H.G. San Jorge. Huesca*

*Óscar Sambía Novellón. Enfermero de Especialidades Médicas. H.G. San Jorge. Huesca*

**Etimológicamente la onicofagia deriva de la unión de dos palabras griegas “onyx” y “phagein” que significan uña y comer respectivamente.**

Morderse las uñas es un mal hábito muy extendido y asociado al estrés o ansiedad, trastornos psicossomáticos o simplemente a la imitación. Se trata de un hábito inconsciente que se adquiere por repetición y sobre el que el individuo no tiene control voluntario.

Es más frecuente durante la infancia y adolescencia con mayor prevalencia entre el sexo femenino. En ocasiones se mantiene a lo largo de la edad adulta.

La consecuencia más visible de la onicofagia es principalmente estética y afecta al aspecto de las uñas, observándose uñas quebradizas que presentan distintas capas, malformaciones o crecimiento desigual, lesiones en las cutículas,

estos problemas unidos al malestar psicológico pueden despertar sentimientos de vergüenza en la persona, que puede aumentar al tener que enfrentarse a situaciones cotidianas como buscar trabajo o el simple acto de presentación a otra persona.



de la piel de alrededor de la uña que produce irritación, enrojecimiento e hinchazón y dolor y que en casos graves pueden aparecer ampollar o abscesos.

Algunos estudios relacionan alteraciones en la articulación temporomandibular con la onicofagia y lesiones nivel dental provocada por los microtraumatismos que producen desgaste del esmalte, hipersensibilidad dental, caries, lesiones en las encías y mala oclusión de los incisivos.

Entre los problemas asociados a la onicofagia podemos destacar la paroniquia, se trata de una lesión

No hemos de olvidar que la onicofagia es un problema médico y que su tratamiento debe llevarse a cabo por profesionales sanitarios destacando la importancia desde un enfoque psicológico, trabajando diversos aspectos como modificación de la conducta, facilitar herramientas que ayuden a gestionar las emociones, enseñar técnicas de respiración y relajación, reducir pensamientos obsesivos que se relacionen con esta conducta y aumentar la autoestima entre otros.



En ocasiones, la fuerza de voluntad de la persona es suficiente para superar el hábito de morderse las uñas sin necesidad de requerir terapias o tratamientos realizadas por profesionales.

Existen multitud de remedios naturales y consejos que en muchas ocasiones son suficientes para superar y abandonar este hábito tan extendido entre nuestra sociedad y de los que haremos una pequeña mención a continuación.

Las uñas deben estar cortas y bien limadas, incluso se recomienda pintarlas para que la señal visual nos recuerde que no debemos morderlas o utilizar uñas postizas que además ayudan a que las uñas dañadas se recuperen.

Aplicar esmaltes transparentes "amargos" de venta en farmacias o aceites naturales, como árbol de té o aceite de neem, ambas presentaciones poseen un sabor desagradable que disuade instantáneamente de llevar a cabo este acto repetitivo a la vez nos protege las uñas. También podemos aplicar pimienta picante, ajo o limón, teniendo precaución sobre todo en niños pequeños ya que podrían producirse lesiones en la boca.

Mantener la boca ocupada, comer caramelos o masticar chicle (sin azúcar), chupar raíces de regaliz o jengibre en los momentos de mayor ansiedad.

Usar guantes durante todo el tiempo que sea posible, estos actúan a modo de barrera física. Se aconseja su uso cuando no estemos realizando ninguna tarea con nuestras manos (viendo la televisión, hablando...).

Tener siempre cerca una pelota o muñeco antiestrés, está comprobado que reduce la ansiedad, estrés y angustia en momentos puntuales.



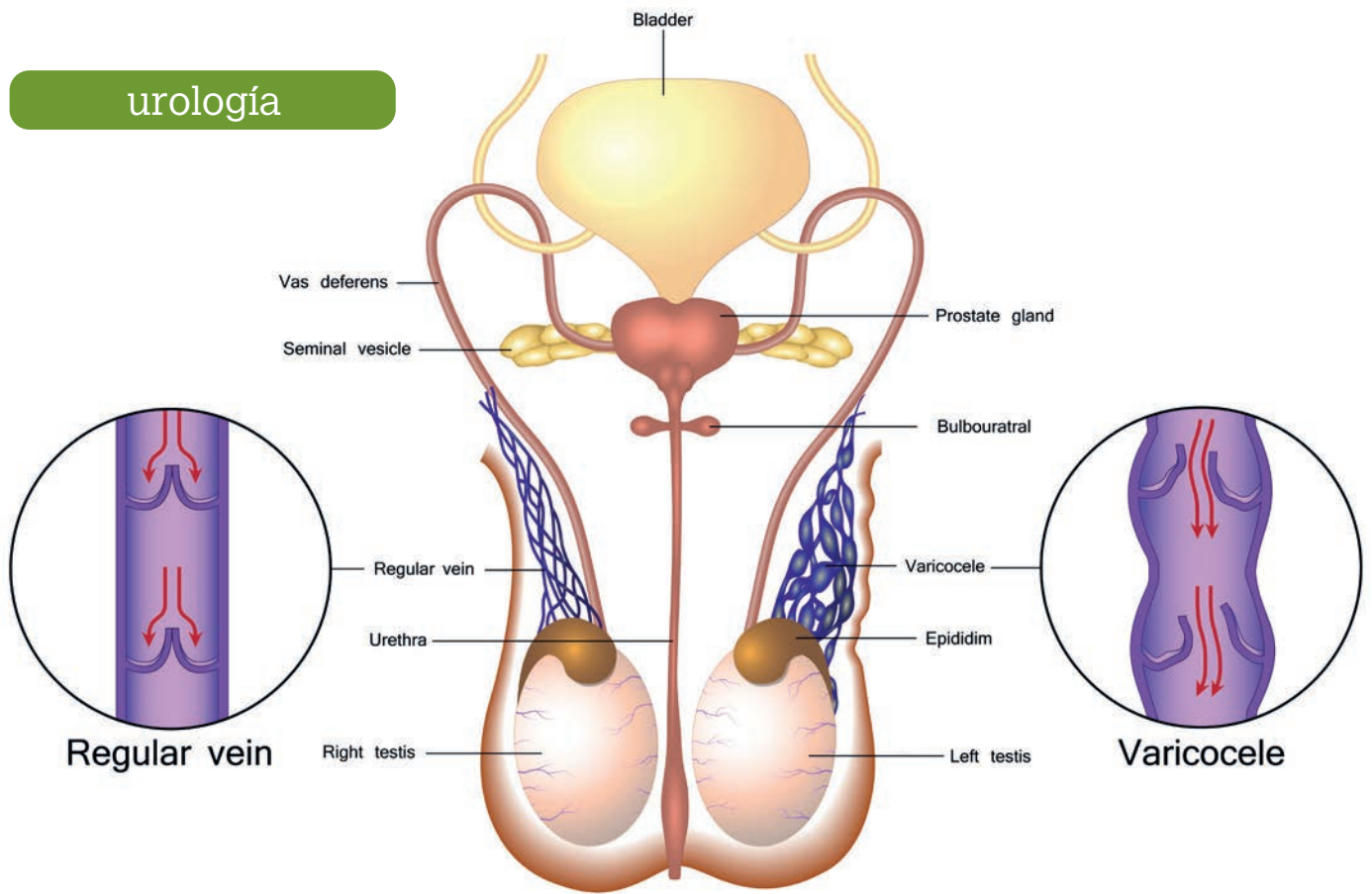
Introducir en la dieta infusiones relajantes a partir de hierbas naturales como tila, melisa, valeriana, pasiflora o incluso productos

preparados que combinan varias, olvidarnos de las bebidas estimulantes, café, bebidas energéticas, alcohol... Además, podemos incluir alimentos ricos en vitaminas del grupo B y ácidos grasos Omega 3 como pescados azules, frutos secos (mejor tostados o crudos), aguacate, avena, semillas de chía o de lino, legumbres, lácteos, huevos, carnes magras y verduras de hoja verde entre otros.

La tecnología también puede ayudar a erradicar este hábito nocivo en forma de aplicación para el móvil, estas aplicaciones son gratuitas e incluyen una guía de consejos prácticos.

Como resumen hay que recordar que ninguno de estos remedios y consejos funciona si no se tiene con una gran fuerza de voluntad, tener pensamientos positivos y volver a intentarlo después de un fracaso nos ayudara a conseguir el objetivo.

¡¡Ánimo!!



## Varicocele, más común de lo que pensamos

*Jaume Monllau Espuis, Lydia García Fuentes y María Soto Palacín.*

*MIR del Servicio de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

*María Jesús Gil Sanz. Jefa del Servicio de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

**Probablemente haya sentido de vez en cuando algunas molestias en los testículos, sensación de masa o peso que empeora cuando está en pie y mejora al acostarse. Esta sintomatología puede deberse a un varicocele.**

Se define el varicocele como una dilatación varicosa de las venas que drenan la sangre de los testículos. Por tanto, es una insuficiencia en el drenaje de sangre del testículo, ésta se acumula y aumenta el volumen de las venas (de la misma forma que ocurre en las piernas).

Se trata de una patología muy infrecuente e niños. Sin embargo, aproximadamente un 12% de los hombres presentan algún grado de varicocele, encontrándose en el 90% de los pacientes en el lado izquierdo (esto es debido a detalles de la anatomía venosa); mientras que el 10% restante puede tenerlo en ambos testículos y muy raramente exclusivamente en el derecho. En éste último caso, se suele presentar en pacientes adultos y puede asociarse con patologías de carácter más grave, como por ejemplo un tumor renal.

La importancia del varicocele, más allá de las molestias que pueda ocasionar, radica en el riesgo de infertilidad asociada. Uno de los factores más importantes que intervienen en la disminución de la formación de espermatozoides es el aumento de la temperatura intraescrotal. Por tanto, la acumulación de sangre cerca del testículo debido al varicocele puede aumentar la temperatura sobre éste y disminuir la fertilidad, además de, en ocasiones, impedir el crecimiento completo del testículo (quedando de menor tamaño).

En la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico del varicocele es un hallazgo casual. En primer lugar, se llevará a cabo una minuciosa exploración física, complementándola con alguna prueba de imagen si es necesario.

- **Ecografía testicular:** confirma el diagnóstico de varicocele y determina el grado de afectación.
- **Espermiograma:** en caso de asociarse con infertilidad, determina la cantidad y calidad de espermatozoides.

Existen varios grados de severidad, que van desde un grado leve (aquel que se hace evidente exclusivamente con el aumento de la presión abdominal) hasta el grado 3 (aquel que se ve a simple vista). Cabe destacar, el varicocele subclínico, que es aquel que se diagnostica tras su hallazgo fortuito en una prueba de imagen.

El objetivo del tratamiento, es en primer lugar mejorar la capacidad reproductiva, y en caso de que existan, mejorar las molestias que puede producir (aunque en ocasiones la cirugía no es completamente resolutoria).

El tratamiento es quirúrgico, y consiste en la ligadura u oclusión de las venas dilatadas. Sin embargo, actualmente se suelen tratar sólo aquellos casos de infertilidad en los que además el varicocele sea evidente, el espermiograma esté alterado y su pareja tenga un estudio de fertilidad normal o alterado, pero potencialmente curable; dado que tras la cirugía suelen aumentar por dos o por tres las posibilidades de conseguir embarazo.





## ¿Qué es la anatomía patológica?

*Alba Larrea Ramírez. FEA Anatomía Patológica Hospital Obispo Polanco de Teruel.  
Pedro J. Giral Villalta. FEA Urología Hospital Obispo Polanco de Teruel*

**Existen especialidades médicas con menor contacto con el paciente, y que muchas veces resultan desconocidas para la población general, una de ellas es la Anatomía Patológica. La Anatomía Patológica se define, según la Sociedad Española de Anatomía Patológica, como la ciencia médica encargada de estudiar y analizar la estructura celular para intentar explicar los porqués de las distintas enfermedades desde lo morfológico hasta lo molecular.**

Explicado de otra forma, el patólogo se encarga de diagnosticar las enfermedades, poniéndoles nombre y apellidos, mediante el estudio de células y tejidos.

Estas células y tejidos son obtenidos mediante diferentes procedimientos:

- **Biopsias:** como las biopsias de piel realizadas por un dermatólogo; o las biopsias tomadas durante la endoscopia digestiva
- **Cirugías:** la exéresis de un órgano completo o parcialmente por un cirujano, ginecólogo, urólogo...

- **Punciones:** realizadas con una aguja directamente por el patólogo por ejemplo de una adenopatía, o ayudados con un ecógrafo por un radiólogo intervencionista, de órganos internos como el hígado.

- **Citologías:** las muestras también pueden obtenerse en fluidos corporales como la orina, o las muestras ginecológicas.

Todas estas muestras son procesadas por parte de técnicos de laboratorio especializados. Una vez procesadas las muestras son estudiadas en el microscopio por parte del patólogo. Gracias a los patólogos se llega a un diagnóstico concreto que ayuda a otros especialistas a un mejor tratamiento, y seguimiento.

En el estudio de las muestras se realiza el estudio macroscópico, y el estudio microscópico. Mediante el estudio macroscópico se describen las características de las muestras a simple vista, realizando una descripción detallada de: forma, color, tamaño, situación, consistencia... Una vez realizado el estudio macroscópico se realiza el procesamiento de las muestras para poder observarlos al

microscopio. Este es, por tanto, el estudio microscópico. En él se pueden observar los tejidos hasta el nivel celular.

El microscopio es el instrumento indispensable en la labor del patólogo, gracias a él se realiza la visión de las estructuras celulares. El microscopio consiste en una serie de lentes que amplifican la visión, junto con un sistema de iluminación.

El desarrollo de la microscopía comenzó en el siglo XVII, gracias Anton van Leeuwenhoek, un comerciante holandés, que poco tenía que ver con la medicina; pero movido por la curiosidad, comenzó a realizar unas lentes que lograban visualizar estructuras microscópicas.

Aunque la Anatomía Patológica puede pasar desapercibida, existen patólogos famosos como Santiago Ramón y Cajal, premio Nobel de Medicina, por su estudio de las células nerviosas.



# Prevención del delirium en el paciente hospitalizado

*Carmen Elías de Molins Peña. F.E.A Geriatría. Hospital San José. Teruel.  
Marta Mercedes Gonzáles Eizaguirre. F.E.A Geriatría. Hospital San José. Teruel*

**El delirium es un síndrome clínico agudo y fluctuante, caracterizado por una alteraciones en la atención y el nivel de conciencia, junto con disfunción cognitiva. No implica que exista o se inicie el desarrollo de una demencia, aunque si se ha de considerar un factor de alarma de cierta vulnerabilidad cerebral. Las personas con demencia tienen un mayor riesgo de desarrollar delirium.**

Es una de las formas más frecuentes en el paciente anciano de manifestación de enfermedad aguda o toxicidad de ciertos fármacos, y es considerado un síndrome geriátrico. Sus signos/síntomas son: cambio agudo y fluctuante del nivel de atención, desorientación temporal y espacial, discurso incoherente, no reconocimiento de familiares, alucinaciones, inquietud o agitación sobre todo nocturna, irritabilidad o desconfianza; todo esto son características del delirium hiperactivo, pero existe el delirium hipoactivo donde dominan los signos de somnolencia e inactividad.

Su incidencia durante el ingreso oscila entre el 6-56%, dependiendo del servicio: 25% pacientes médicos, 75% pacientes quirúrgicos.

Es un cuadro grave en el que el paciente es más susceptible a presentar complicaciones médicas (secundario a la agitación, uso de psicofármacos, letargia secundaria con peligro de broncoaspiraciones y encamamiento), aumenta la mortalidad, el deterioro funcional,

la estancia media hospitalaria e institucionalización, además impacta negativamente y preocupa mucho a los familiares.

## Estrategias no farmacológicas para la prevención del delirium

- Explicar y ofrecer a las familias información sobre el delirium, tranquilizar.
- Intentar que haya durante la hospitalización un familiar cercano al paciente, sobre todo primeras 48 horas de ingreso o tras intervención quirúrgica.
- Identificarse con el paciente, presentarse sobre todo si no se es un familiar conocido. Se recomienda hablar en tono moderado y suave, con un lenguaje sencillo y tranquilo, cara a cara.
- Reorientar al paciente en espacio y tiempo, promover conversación y toma de decisiones.
- Explicar siempre cualquier cuidado o técnica que vayamos a hacer.
- Asegurar que dispone de sus dispositivos para una correcta audición y visión: gafas, audífonos.
- Movilización precoz: realizar ejercicios físicos adaptados a situación clínica y motivo de ingreso siempre que no exista contraindicación médica.
- Promover su autonomía: acompañar al aseo, estimular en la limpieza bucal o aseo de cara.
- Revisar fármacos prescindibles que aumenten el riesgo de delirium, así como evitar tomas nocturnas.
- Asegurar un correcto descanso nocturno: evitar luces encendidas de pasillos, sonidos de dispositivos, ruidos o voces por parte del

personal de turno de noche.

- Intentar que el paciente no duerma durante el día, mantener en esos momentos una buena iluminación y estimulación cognitiva para mantener actividad, higiene del sueño.
- Hidratación: asegurar una adecuada ingesta de líquidos.
- Revisar en cada turno micción y registrar si se realiza en el wc o pañal para detectar posibles retenciones de orina. Registro de deposiciones con la finalidad de evitar el estreñimiento.

## Estrategias no farmacológicas una vez instaurado el delirium

- Avisar al facultativo responsable inmediatamente.
- Retirar objetos que puedan ser dañinos para el paciente.
- No elevar la voz ni intentar llevar la contraria, de forma suave intentar reconducir o distraer al paciente. Dejar en una zona confortable y espaciosa.

## Medidas farmacológicas

Deberán usarse en el episodio agudo cuando las medidas no farmacológicas no hayan sido suficientes, siempre debe iniciarse la mínima dosis eficaz. Deberán evitarse las benzodiazepinas, sorbe todo si el paciente no las tomaba previamente. Son de elección el uso de antipsicóticos atípicos como quetiapina y risperidona, si no se dispone de la vía oral podemos usar otros fármacos como son el tiaprizal y la olanzapina.



MERRELL

BOREAL

**HH**<sup>®</sup>  
HellyHansen

THE  
NORTH  
FACE

**S**  
salomon

trangoworld

**H**  
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online  
*Para estar más cerca de ti*



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

[www.lapuertaverdepanticosa.com](http://www.lapuertaverdepanticosa.com)



A partir del próximo número, a los autores y suscriptores os enviaré un pdf interactivo de la newsletter donde cada artículo tendrá un enlace a la web [zonahospitalaria.com/](http://zonahospitalaria.com/) que recibió en 2022 más de 5.300.400 visitas.

## TARIFAS PUBLICITARIAS WEB

### zonahospitalaria.com

#### BANNER o ARTÍCULO EN LA WEB: [zonahospitalaria.com](http://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 2022: **5.300.420 visitas**.

#### CALENDARIO ANUAL (6 publicaciones/año)

- Publicación de los artículos 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](mailto:aragon@zonahospitalaria.com)