medicina salud
zonahospitalaria
aragón

www.zonahospitalaria.com añoII marzoabril2016 nº58-4

...Y llegó la primavera

MÉDICOS ENFERMERAS Y PROFESIONAL SANITARIO

ver pág. 11

SCENIA
RESIDENCIAL
EXCLUSIVAS
VIVIENDAS
De 4 ó 5 dormitorios con piscina,
paddle y zona comunitaria
en Valdespartera-Montecanal
www.residencialscenia.es
GRUPO
Lobe
CONSTRUCCIÓN
INFORMACIÓN EN: ESPACIO GRAN VIA, 24 GRUPO LOBE
976 372 000 • 648 071 890

Sumario www.zonahospitalaria.com

4
Me han dicho que tengo psoriasis en las articulaciones

6
La práctica del deporte y la muerte súbita

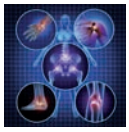
8
El cuidador informal

10
¿Se puede tener vida normal con sonda vesical?

12
¿Prevención del deterioro cognitivo?

14
¿Qué es la eyaculación precoz?

16
El sol pasa factura

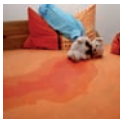

18
Osteoporosis, cuando los huesos se rompen

20
Razones para no automedicarse...

22
Operación bikini, dietas milagro

24
Me duelen las articulaciones, ¿será artritis o artrosis?

26
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): lo que debes saber


28
Mi hijo sigue mojando la cama

30
Trastornos de conducta alimentaria, una realidad en auge

Zona Hospitalaria Aragón/Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección** Alfredo Erroz **Redacción** (aragon@zonahospitalaria.com) **Diseño y producción** PubliSic **Publicidad** 695 480 160 **Depósito Legal:** NA 2225/2014 **ISSN:** 2386-8651. **Distribución** 10.000 ejemplares. **Solicitado control PGD**.

© **PubliSic S.L.** El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia.
El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista.

| cirugía plástica y estética | implantología dental | dentistas | fisioterapeutas | residencias geriátricas |
| clínicas psiquiátricas | material médico y quirúrgico | material y mobiliario | ópticos optometristas |
| formación médico-sanitaria | psicología | centros auditivos | seguros | ortopedia | nutrición...

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

puedes anunciarte en *zona* ***hospitalaria*** *aragón* revista y web

solicita tarifas www.zonahospitalaria.com/como-anunciarse/

T 695 480 160 aragón@zonahospitalaria.com

Me han dicho que tengo psoriasis en las articulaciones

Marina Soledad Moreno García. *Adjunta de Reumatología. Hospital Reina Sofía. Tudela.*
Pilar Del Río-Martínez. *Adjunta de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*
Pablo Baltanás Rubio. *Adjunto de Anestesia y Reanimación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

Nuestros pacientes se extrañan cuando les decimos que padecen una artritis psoriásica, pues la psoriasis es conocida por la población como una enfermedad de la piel, pero ¿también afecta a las articulaciones?. La respuesta es sí, la artritis psoriásica es un tipo de artritis que se presenta asociada a la psoriasis (o no porque un pequeño porcentaje puede tener la enfermedad articular sin que se aprecien lesiones en la piel).

Pero cuando decimos psoriasis, ¿de qué estamos hablando?. La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que afecta a cerca del 2% de la población, cuya causa es desconocida, y en la que están involucrados diversos procesos inmunológicos, genéticos y ambientales. Puede darse tanto en hombres como en mujeres y empezar a cualquier edad. Las lesiones suelen aparecer como placas rojizas cubiertas de una escama gruesa y plateada, pueden aparecer limitadas a ciertas partes de la piel o cubrir grandes áreas, siendo los codos, rodillas, brazos, piernas y cuero cabelludo las áreas que se afectan con más frecuencia, sin olvidar que también puede afectar a las uñas.

¿Hay diferentes formas de Psoriasis?

Si, la psoriasis es una sola enfermedad que puede manifestarse de diversas maneras variando su morfología -psoriasis en placas, psoriasis en gotas, psoriasis pustulosa- así como en su extensión -Psoriasis localizada o generalizada. La afectación de la psoriasis en las uñas se puede demostrar como un punteado de la uñas (pitting), con un despegamiento distal de la uña o con un engrosamiento marcado de la uña. La psoriasis de las uñas es difícil de tratar.

La artritis psoriásica es una enfermedad crónica que causa dolor e inflamación en las articulaciones (manos, pies, rodillas tobillos…) pudiendo afectar también a la columna, en este caso lo llamamos espondiloartropatía.

Si tengo psoriasis ¿puedo padecer artritis psoriásica?

Si, y también si no padece psoriasis cutánea. La psoriasis afecta a un 2% de la población, de éstos un 10% aproximadamente puede padecer una artritis psoriásica. También puede ser diagnosticada sin tener lesión cutánea, siendo un criterio diagnóstico que un familiar de primer grado lo padezca (hermano, padre, madre). No se conoce exactamente cuál es el elemento determinante para que unas personas desarrollen la artritis y otras con la misma herencia, no lo hagan.

¿A qué se debe?

La causa de la artritis psoriásica es la consecuencia de una suma de factores genéticos, ambientales y un funcionamiento incorrecto del sistema inmunológico. Está englobada en lo que llamamos enfermedad autoinmune, que se debe a que aún por causas desconocidas nuestro sistema inmunitario encargado de nuestra defensa deja de reconocer como propios uno o varios tejidos u órganos, creando anticuerpos que atacan nuestro propio organismo, en éste caso piel o articulaciones.

¿Cuáles son los síntomas?

Como en cualquier tipo de artritis, la articulación afectada presenta dolor, calor, enrojecimiento, limitación para el movimiento, y ocasionalmente, deformación de la misma. Cualquier articulación se puede inflamar, desde la de la mandíbula hasta la del dedo pequeño del pie.

La artritis psoriásica tiene un inicio lento, pudiendo preceder a la aparición de psoriasis cutánea en años, aunque un 15% de los artríticos presentan posteriormente lesión en la piel o en las uñas. Los síntomas son rigidez,

sobre todo de aparición matutina, dolor que empeora con el reposo, durante el descanso nocturno o al levantarse, e inflamación articular, con mayor frecuencia de manera asimétrica que reduce la movilidad articular. Hay una forma muy característica de afectación en la artritis psoriásica que es la dactilitis o "dedo en salchicha", que se produce por un engrosamiento de todo el dedo.

Destacar que hay ocasiones en que se pueden afectar a otras partes del cuerpo diferentes de las articulaciones, como los tendones y ligamentos, lo cual llamamos entesitis. Por ejemplo, es frecuente la inflamación de la inserción del tendón de Aquiles en el hueso calcáneo.

La mayoría de las personas son capaces de llevar una vida normal. Sin embargo, algunas tienen dolor crónico de las articulaciones y no pueden utilizar las articulaciones afectadas por la artritis. La presencia constante de calor e hinchazón en la membrana que recubre la articulación, llamada sinovial, puede producir daño y deformidad en dicha articulación. Por tanto el diagnóstico y tratamiento es importante por la clínica dolorosa y por la evolución hacia la destrucción articular si no se pone el tratamiento adecuado.

¿Hay diferencias hay con otras artritis?

Sí que tiene algunas peculiaridades, como la forma de afectación, que suele ser asimétrica, que afecta con frecuencia las articulaciones distales de los dedos, justo las que están junto a las uñas, llamadas interfalángicas distales, que también suelen afectarse en la artrosis. Y es posible una afectación de la columna, sobretodo en la zona lumbar y en los glúteos. ¿Por qué en los glúteos? Porque es ahí donde están unas articulaciones que llamamos sacroilíacas, que con frecuencia se afectan en esta enfermedad, y están situadas justo en la zona glútea.

¿Cómo se diagnostica?

Es necesario cumplir una serie de criterios, es decir, que no hay una única prueba para llegar al diagnóstico de artritis psoriásica. Entre estos criterios están: psoriasis personal y/o en familiar de primer grado, demostrar por el médico que hay artritis y una serie de características analíticas, clínicas y radiológicas.

¿Cómo se trata?

Escuchamos con frecuencia a nuestros pacientes si hay algo que ellos puedan hacer o modificar para mejorar tanto la afectación cutánea como la articular. Con respecto a esto, no hay datos confirmados con respecto a la alimentación ni el clima, si bien situaciones de estrés y ansiedad y el tabaco empeoran la sintomatología.

Hay una amplia gama de tratamientos médicos utilizados en la artritis psoriásica: antiinflamatorios no esteroideos, corticoides en forma de infiltraciones intraarticulares u orales, los fármacos llamados modificadores de enfermedad (metotrexato, sulfasalazina, leflunomida.) y los fármacos llamados biológicos.

En conclusión, recalcar que aunque no todos los dolores en pacientes con psoriasis son por artritis, hay que estar atentos ante signos y síntomas de alarma como la inflamación de una articulación, especialmente en nudillos o dedos con aspecto de salchicha. Así como recordar que la artritis psoriásica puede aparecer sin psoriasis y que las lesiones pueden aparecer más tarde en la evolución de la enfermedad. Y que ante sospecha es necesario acudir al médico de atención primaria, quien les hará una valoración inicial y decidirá si derivarlo a consultas de Reumatología.

La práctica del deporte y la muerte súbita

Dr. Antonio Asso
Servicio de electrofisiología. Hospital Universitario Miguel Servet
Director Unidad de Arritmias, Hospital QuirónSalud, Zaragoza

Cualquier muerte repentina es un evento devastador tanto a nivel familiar como en el entorno en que se produce ya que viene definida entre otros aspectos por su propia imprevisión. Cuando, además, el fallecido es un deportista sus implicaciones son mayores ya que suele tratarse de sujetos jóvenes y que representan el paradigma social de salud y vida ordenada que la práctica regular de ejercicio físico suele conllevar. En consecuencia, el impacto mediático de una muerte súbita en una cancha, un estadio, o una prueba deportiva es enorme.

La práctica del deporte recreacional ha crecido exponencialmente en los últimos años como pueden atestiguarlo los fabricantes de material deportivo por su constante incremento en volumen de facturación o cualquier testigo que recorra las calles o parques de las ciudades. Consecuentemente, cuando consideramos el valor saludable del deporte es legítimo que asalte una duda: puede ser contraproducente el deporte, si es así: ¿en quién?; ¿Cuál es la "dosis" del mismo que resulta más beneficioso para la salud?, ¿se asocia el deporte con muerte súbita?. Intentaré responder brevemente a algunas preguntas comúnmente planteadas cuando surgen estos temas.

A modo de declaración de principios, debemos afirmar que la práctica de ejercicio físico regular y el deporte generan una serie de beneficios para la salud cardiovascular que sobradamente compensan sus raros y ocasionales potenciales efectos adversos. Entre éstos últimos cabe señalar que la práctica deportiva intensa habitual –sobre todo deportes de resistencia tipo ciclismo, atletismo- pueden favorecer el desarrollo al cabo de años de entrenamiento intensivo de ciertas arritmias como la fibrilación auricular que puedan resultar sintomáticas pero que no conllevan riesgo vital propiamente dicho y que hoy día son abordables mediante intervenciones específicas como la ablación con catéter. En otro orden de cosas, el ejercicio físico puede actuar de "desencadenante" de una arritmia maligna si el sujeto es portador de una enfermedad que por diversos motivos –como la ausencia de sintomatología- no se haya detectado. Para la población general, podemos concluir que diversos estudios avalan que un nivel de ejercicio ligero-moderado es el que mayores beneficios confiere en términos de salud cardiovascular.

El número de deportistas federados que mueren anualmente en España de forma súbita supera la centena. En la inmensa mayoría de estos casos, la causa es una arritmia cardíaca denominada fibrilación ventricular que representa una actividad eléctrica caótica del corazón y en consecuencia un pulso rapidísimo e ineficaz. Una vez instaurada esta arritmia la muerte es inexorable si en un plazo menor de 10-15 minutos el corazón no se devuelve al ritmo eléctrico normal mediante la aplicación en el tórax de una descarga eléctrica de alta energía proporcionada por un aparato denominado desfibrilador.

¿Por qué se produce una muerte súbita?

En términos generales podemos afirmar que el 90% de las muertes súbitas son de origen cardíaco, y dentro de éstas la inmensa mayoría se deben a una arritmia ventricular maligna que origina un colapso inmediato.

¿Es sinónimo de infarto la muerte súbita?

No. Aunque un infarto puede acompañarse de síntomas breves y vagos poco específicos (además de la presentación clásica de opresión torácica) lo habitual es que esa persona reconozca que "algo va mal". Los primeros minutos -y horas- del infarto es el periodo de mayor vulnerabilidad eléctrica para que se produzca una arritmia maligna que origine la muerte en el infarto agudo pero esta incidencia se desarrolla en un contexto reconocido de enfermedad, diferente del colapso instantáneo que define la muerte arrítmica propiamente dicha.

En el contexto de la muerte súbita de un deportista o de cualquier practicante de ejercicio físico regular se plantean una serie de preguntas fundamentales: ¿era previsible?, ¿era evitable?, ¿qué podemos hacer para disminuir su incidencia?.

Para responder a la primera pregunta, deberíamos conocer qué enfermedad cardíaca ha provocado la arritmia mortal. Varias son las causas posibles y su probabilidad depende de la edad del individuo: mientras que por encima de los 40 años prevalecen las enfermedades coronarias (hayan presentado o no manifestaciones sintomáticas), por debajo de esa edad las patologías que con mayor frecuencia se relacionan con muerte súbita son una serie de enfermedades de base genética, es decir de componente hereditario y congénito, que afectan al músculo cardíaco (miocardiopatías) como la miocardiopatía hipertrófica, la displasia, etc. u otros síndromes que directamente alteran la estabilidad eléctrica del propio corazón.

¿Cuál es el mecanismo de la muerte que se produce durante el ejercicio?

Depende de la edad.

- **Por encima de los 40 años** lo más probable es que un síndrome coronario (angina, infarto, etc.) esté detrás de la inestabilidad eléctrica del corazón que (minutos, horas después) causa directamente la arritmia maligna mortal.
- **Por debajo de los 40 años** la prevalencia de enfermedad coronaria es muy baja y es más probable que la arritmia este asociada a enfermedades del miocardio (miocardiopatías, algunas de base genética), anomalías congénitas difícilmente detectables, etc.

Respecto a la segunda pregunta, para evitar la muerte súbita debemos detectar primero la existencia de la enfermedad subyacente, algo que no siempre es factible. Frecuentemente hay ausencia total de síntomas, pero en muchos casos una detallada historia clínica (indagando antecedentes familiares), la exploración física rutinaria, un electrocardiograma, y en su caso un ecocardiograma, permitirán excluir o confirmar el diagnóstico, debiendo tener presente el aforismo de que "sólo se encuentra aquello que se busca". Así pues, una valoración médica rigurosa es uno de los requisitos para todo aquel que desea realizar ejercicio físico intenso, sea a nivel competitivo o recreacional.

¿Debe realizarse una revisión cardiológica antes de iniciar una práctica deportiva intensa?

Sí. Aunque debe tenerse presente que:

- Carece de sentido indicar pruebas indiscriminadas a individuos de bajo riesgo cuya interpretación será dificultosa y sujeta a errores.
- La mejor valoración suele incluir una historia clínica personal y familiar, la realización de un electrocardiograma y ecocardiograma, y en su caso otras exploraciones como prueba de esfuerzo, etc.

La respuesta a la tercera pregunta es más simple y contundente: para disminuir el número de muertes súbitas –tanto en contexto deportivo como durante la actividad habitual- debemos extender la distribución en todos los ámbitos de los desfibriladores automáticos. Se trata de aparatos de bajo coste, facilidad de uso y fiabilidad.

¿Excluye el riesgo de muerte súbita una revisión cardiológica exhaustiva?

No.

- Lamentablemente ciertas patologías que predisponen a una arritmia maligna pueden ser imposibles de detectar con antelación.

En conjunción con esta estrategia, debería enseñarse en las escuelas a realizar una correcta reanimación cardiopulmonar (masaje cardíaco) y el uso de los desfibriladores semiautomáticos. Conseguir normalizar y simplificar la legislación respecto al uso de estos dispositivos, extender su distribución y concienciar socialmente para que cualquier adulto sea capaz de realizar un masaje cardíaco efectivo permitiría reducir significativamente el número de muertes súbitas.

FEFIM

Artículo patrocinado por:

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA (FEFIM)

El cuidador informal

Milagros Díaz García
Directora de Enfermería. Hospital San José

El aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población, la reducción de la estancia hospitalaria y la aparición de nuevas enfermedades crónicas degenerativas son factores que hacen de la atención domiciliaria uno de los servicios prioritarios del sistema de salud.

Dado que no es posible mantener el personal sanitario las 24 horas del día en el domicilio de la persona con dependencia, es muy importante la figura del cuidador informal, que es quien asume las tareas de cuidado.
Es por ello que hay que proporcionar a estos cuidadores información útil que les facilite el desarrollo de su trabajo diario y les permita ofrecer una atención de calidad a las personas que tienen a su cargo.

Descripción

Se llama cuidador o cuidadora informal o no profesional, aquella persona familiar o no, que atiende de forma continuada una persona en situación con dependencia, convive o no con ella y con la que normalmente está vinculada afectivamente.
La dependencia es la necesidad de ayuda que tiene una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, derivadas de la edad, la enfermedad y/o la discapacidad, y ligada a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.
Las personas semiencamadas son aquellas que pasan en la cama más horas de lo habitual, pero que son capaces, con ayuda, de levantarse, sentarse y colaborar en algunas tareas.
Las personas encamadas son aquellas que, por su patología o situación, no pueden levantarse de la cama.

Recomendaciones al cuidador

Hay que prevenir todas las situaciones que conllevan un riesgo para la persona con dependencia por ello:

- Se procurará que tanto los objetos de uso frecuente como los interruptores y los enchufes sean fácilmente accesibles.
- Se recomienda reducir el material del hogar que sea de combustión fácil, así como cambiar las estufas con llama por otras que no tengan.
- Es conveniente proporcionar a la persona vasos que no se rompan.
- Las posibles caídas de la cama se deben prevenir mediante barandillas y otros elementos.
- Hay que mirar de eliminar las barreras arquitectónicas de los cuartos de baño, adecuándolos con accesorios de apoyo y antideslizantes.
- Conviene mantener el entorno ventilado y libre de humos.
- Se recomienda evitar las corrientes de aire y las fuentes de calor excesivas.
- A la hora de administrar alimentos o líquidos a personas inmovilizadas y con dificultades para tragar se tendrá en cuenta su nivel de conciencia. Las personas enfermas deben colocarse tan incorporadas como sea posible y deben ingerir los alimentos en cantidades reducidas y en trozos pequeños y si lo precisa una dieta triturada. En caso de alimentación por sonda, hay que seguir las instrucciones del personal de enfermería.
- En caso de que la persona enferma pueda caminar, es necesario que utilice un calzado adecuado para evitar caídas. SI utiliza otros

accesorios para moverse o desplazarse como son andadores, muletas, bastones, silla de ruedas, etc... tenerlos siempre a mano y en perfecto estado de uso.

- Conviene seguir las instrucciones del equipo sanitario con respecto al programa de vacunas para las personas mayores, las pautas de medicación para evitar la confusión en la toma y el buen mantenimiento del botiquín en el domicilio.

Consecuencias del cuidado

Proporcionar ayuda extraordinaria requiere un gasto significativo de energía y tiempo para el cuidador, a menudo durante meses y años y supone la realización de tareas, algunas nada placenteras, que afectan a la vida de quienes cuidan.

Muchas cuidadoras y cuidadores de enfermos crónicos se ven desbordadas por la situación y no siempre cuentan con los apoyos socio-sanitarios precisos para desarrollar su papel con eficacia y sin deterioro de su propia salud y calidad de vida.

Al rol de "cuidador" que se caracteriza por una limitación de intereses, se añade frecuentemente el de las obligaciones de la casa y de la actividad laboral externa, siendo esta suma de funciones una mezcla explosiva que implica sensación de desesperanza y aislamiento y que puede conducir al denominado Síndrome del cuidador.

La salud y el bienestar de las personas cuidadoras se deterioran en la mayoría de los casos particularmente en aquellos en que ellas mismas son ancianas o tienen que atender a otros (niños).

Los propios cuidadores consideran su tarea como un deber moral y en muchos casos lo realizan por iniciativa propia. Muchas personas que cuidan se sienten satisfechas con su labor y piensan que eso las dignifica. No obstante, un gran número reconoce que no tiene otra alternativa y que esta actividad repercute negativamente en su calidad de vida.

En los últimos años las atenciones y cuidado de los otros se han empezado a ver como trabajo voluntario, como solidaridad intergeneracional y en los servicios sociales y de salud se reconoce el rol de cuidador y la necesidad de prestarle apoyo.

Este cambio de valores tiene que ver con la emergencia de nuevas demandas de servicio de ayuda a domicilio, residencias, centros de día, etc. para apoyar o suplir una labor que antes realizaban calladamente fundamentalmente las mujeres como algo natural y que actualmente es menos compatible tanto para mujeres como hombres con su vida laboral y social.

Consejos para evitar el Síndrome del cuidador

- Acepte que existe un problema.
- No sea el único cuidador, involucre a otros.
- Comente la evolución del paciente con sus familiares u otros cuidadores.
- Comunique al resto de la familia sus sentimientos y sus temores para hacerles partícipes del problema y evitar sentirse culpable cuando se dedique tiempo a sí mismo.
- Mantenga hábitos de vida saludable.
- Procúrese momentos de respiro: tiempo libre, ocio, cuidado de uno mismo.
- Mantenga un tipo reservado para hacer cosas propias y que le gusten. Mantenga aficiones previas.
- Evite aislamiento social: salga de casa y póngase en contacto con amigos.
- Facilite la autonomía del familiar al máximo. Deje que haga lo que puede hacer, aunque tarde más tiempo. Si no, estaremos favoreciendo su dependencia y aumentando nuestras labores.
- Adapte el entorno, procurando que este sea estable y seguro. Esto nos ayudará a evitar accidentes innecesarios.
- Evite el estrés en la medida de lo posible, planificando de antemano las situaciones conflictivas.
- Una actitud positiva juega en nuestro favor; es fundamental mantenerla en lo posible.
- Los sentimientos negativos que aparecen en algunos momentos son humanos. Lo importante es saber reconocerlos, no tener miedo e intentar superarlos, o, al menos, equilibrarlos.
- La formación es fundamental para adquirir los conocimientos necesarios y las habilidades para cuidar. Al participar en sesiones formativas con profesionales cualificados, se crean grupos de autoayuda fundamentales en la dura tarea de cuidar.

- Pida ayuda a los profesionales sanitarios: no dude en ponerse en contacto con ellos cuando lo precise.

Proyecto del Cuidado del Cuidador del Hospital San José

El proyecto nació el año 2006 desde la observación diaria de las necesidades de los pacientes y sus cuidadores en el momento del alta por mejoría en el Hospital San José.

Por ello se desarrolló un plan de prevención y de apoyo a la familia, repercutiendo directamente en el paciente y su cuidador o cuidadores.

Este proyecto está enmarcado en el ámbito de planificación de la salud del cuidador, ofreciendo a las familias los mecanismos necesarios para afrontar la enfermedad del usuario.

Se realiza una sesión de 1,30 horas de duración cada mes durante el año.

Temas que aborda: La dependencia, Cuidador principal, Grado de orientación y seguridad personal, Prevención de accidentes fuera y dentro de casa, Recursos sociales y sanitarios disponibles, Higiene y alimentación e hidratación, Incontinencia, Prevención de úlceras por presión, Voluntades anticipadas, Musicoterapia, Risoterapia, Ayudas técnicas, Transferencias, El asesoramiento legal, El autocuidado, La inquietud y El insomnio.

Están invitados a participar: Cuidadores cuyo familiar se encuentra hospitalizado o acuda a Hospital de Día del Hospital San José Cuidadores que sin que el familiar siga ingresado en el Hospital vivan en Teruel y quieran seguir asistiendo.

Cuidador o cuidadores de la localidad de Teruel, derivados por otros recursos asistenciales Atención Primaria, Atención Especializada así como cuidador o cuidadores de usuarios institucionalizados en Residencias de la 3ª edad.

Todas las personas que sin ser cuidadores principales en ese momento precisen de esta formación para aplicarla en alguna situación.

Los talleres son gratuitos y se imparten en el Salón de actos del Hospital San José

Toda la información en la Unidad de Atención al Usuario del Hospital San José y en el Blog de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud.

http://redaragonesaproyectospromocionsalud.blogspot.com.es/

¿Se puede tener vida normal con sonda vesical?

Hernández Martínez Yumaira, Reyes Figueroa Adib, García Ruiz Ramiro, Tejero Sánchez Arlanza, Serrano Frago Patricia, Gil Sanz María Jesús.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Algunos pacientes necesitan llevar sonda vesical de forma temporal o permanente en casa, sin que esto deba afectar de forma significativa la vida cotidiana del mismo.
Le explicamos algunas cosas básicas de estos tubos y le damos algunos consejos para que pueda cuidar la sonda en casa y hacer su vida normal.

¿Qué es una sonda vesical?

Una sonda vesical es un tubo o catéter de material flexible que se coloca dentro de la vejiga a través de la uretra para recoger la orina.
Las sondas vesicales son de diferentes materiales (silicona, látex), diámetros (12 Fr, 18 Fr, 22 Fr, etc.), y pueden ser de varios tipos (Tiemann, Foley, Doufour, etc.).
En general, las sondas tienen un globo en el extremo que se coloca dentro de la vejiga, el cual ayuda a mantener fija la sonda y a que no se caiga; en el otro extremo se puede conectar a una bolsa, que permite recoger la orina o a un tapón, que evita que se escape la orina y que debe retirarse en el baño cada 3-4 horas, para permitir la salida de la orina.
Existen 2 tipos de bolsas colectoras de orina para conectar a las sondas:

- Las **bolsas de pierna**, que son pequeñas y se atan a la pierna, para permitir que el paciente pueda salir y caminar durante el día sin problema.
- Y unas **bolsas grandes**, que suelen tener un grifo y se utilizan principalmente durante la noche, ya que se pueden colgar de la cama; son las que se utilizan para los pacientes hospitalizados.

¿Qué pacientes necesitan que se les coloque una sonda vesical?

La sonda vesical se utiliza tanto en hombres como en mujeres y, tiene múltiples indicaciones, algunas de éstas son:

- Tratamiento de la retención aguda de orina (imposibilidad de orinar, a pesar de tener deseo imperioso de hacerlo).
- Control de la cantidad de orina que se elimina (en pacientes con problemas del corazón, pacientes hospitalizados por enfermedades crónicas o graves, etc.).
- Para lavar o irrigar la vejiga (por ejemplo en pacientes con sangrado con coágulos por la orina).
- Como procedimiento final de una cirugía (resección de próstata, resección de tumor vesical, prostatectomía radical, etc.).

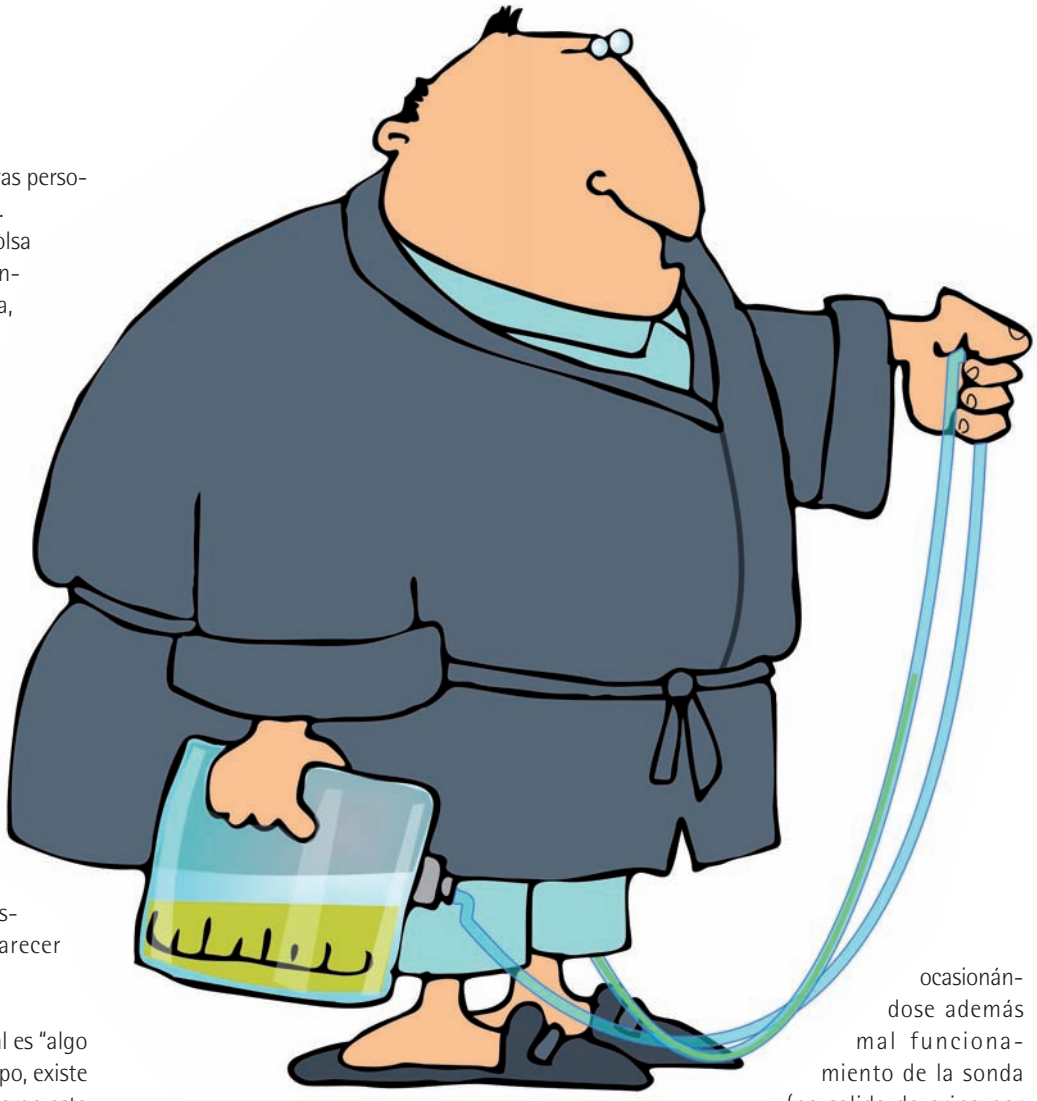
¿Puedo caminar, ducharme, sentarme, salir a la calle con la sonda vesical?

Dadas las características de las sondas vesicales (son flexibles y tienen un globo en la punta para mantenerlas dentro de la vejiga sin que se caigan) y la existencia de bolsas colectoras de orina que se atan en la pierna, puede sentarse, caminar y salir a la calle sin problemas;

incluso sin que sea necesario que otras personas noten que lleva la sonda vesical. Como la sonda va conectada a la bolsa o al tapón, lo cual evita que pueda entrar agua, champú o jabón a la vejiga, puede ducharse sin ningún riesgo.

¿Qué problemas puedo tener al llevar sonda vesical?

1.- Espasmos: Como ya explicamos el extremo de la sonda que esta dentro de la vejiga, tiene un globo, el cual puede ocasionar "espasmos" (sensación de dolor cólico en el vientre con ganas de orinar, que puede asociarse a salida de orina alrededor de la sonda). Los espasmos son completamente normales y su intensidad varía entre los pacientes y suele ir disminuyendo al paso de los días. Existen algunas medicaciones que pueden disminuir la intensidad de estos espasmos, aunque no suelen desaparecer por completo.



2.- Infección: Como la sonda vesical es "algo extraño" que no pertenece a su cuerpo, existe riesgo de infección de orina, sin embargo este puede disminuirse, siguiendo los siguientes consejos:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes de manipular la sonda vesical (para quitar el tapón, cambiar las bolsas colectoras, etc.).
- Lavado diario con agua y jabón del pene o zona genital, para evitar que se acumule suciedad alrededor de la sonda.
- Asegurarse de que la sonda está correctamente conectada al tapón o bolsa colectora, evitando así la salida accidental de orina y/o la entrada de gérmenes.
- Mantener la bolsa de orina siempre a un nivel más bajo que la vejiga, para evitar que regrese la orina del exterior a la vejiga.
- Si su sonda vesical es permanente, no olvide acudir a los cambios periódicos según le indique su médico.

3.- Obstrucción de la sonda: Según el calibre de sonda que haya logrado colocarle su médico, puede ser que ésta se obstruya con el sedimento que se produce en la vejiga o con algún coágulo de sangre (si ha tenido sangrado por la orina); para evitar que esto ocurra es fundamental que beba abundantes líquidos (agua, caldos, zumos, infusiones) durante el día, al menos 2 litros.

4.- Sangrado: Si accidentalmente se da un tirón de la sonda, puede ser que se haga una herida en la uretra, la cual puede sangrar, ocasionándose además mal funcionamiento de la sonda (no salida de orina por la sonda); si esto ocurre, debe acudir a su médico.

¿Cuándo debo llamar al médico?

- Si tiene sospecha de infección urinaria (fiebre, escalofríos, la orina huele mal, ardor en la vejiga, secreción o dolor intenso alrededor del punto de salida de la sonda o en la zona lumbar).
- Si se obstruye la sonda o se da un tirón de la misma y deja de salir orina.
- Si presenta sangrado importante con coágulos por la sonda vesical.
- Si disminuye o aumenta excesivamente la cantidad de orina que produce al día.

Para el Médico, Enfermera 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: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones
Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com

¿Prevención del deterioro cognitivo?

Jorge López Pérez
Centro de Psicología Sanitaria Crespo Rospir. Sección Neuropsicología (Zaragoza)
Doctorando Dpto. Psicología Básica I. Universidad Nacional de Educación a Distancia (Madrid)

La concienciación sobre la Enfermedad de Alzheimer (en adelante, EA) y otras demencias está provocando que la población tenga mayor interés en conocer formas de evitar desarrollar síndromes caracterizados por deterioro cognitivo (en adelante, DC).

Por DC entendemos toda disminución de nuestras facultades mentales (memoria, razonamiento, lenguaje, etc.) respecto a un funcionamiento previo. Mientras que existe un DC no patológico asociado a la edad que se considera dentro de los parámetros normales, existe un DC que excede a lo esperable para la edad y afecta a la autonomía de la persona. Dentro de este tipo encontramos el Deterioro Cognitivo Ligero (DCL), en el que la afectación en las actividades de la vida diaria son mínimas, y la Demencia, en la que la afectación de estas mismas actividades es apreciable respecto a un nivel de funcionamiento anterior. (Ver Fig.1)

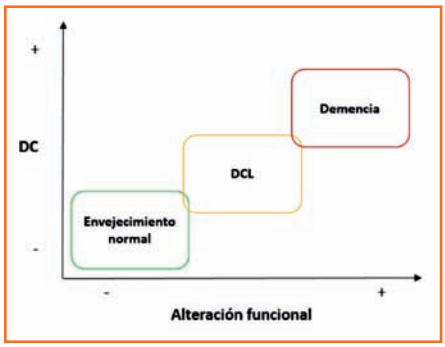


Fig.1 Continuo cognitivo y funcional en el envejecimiento patológico

Recientemente se publicó el **Informe Mundial sobre el Alzheimer** (ADI, 2015) sobre el impacto global de la demencia y la estimación fue que en el mundo había 46 millones de personas con demencia; dato que habrá aumentado a día de hoy, pues cada tres segundos se da un nuevo caso. La estimación actual es que haya 74,7 millones de personas con demencia en 2030 y 131,5 en 2050. Nos encontramos ante un problema de dimensiones globales. Parafraseando a Glenn Rees y Stuart Fletcher en dicho informe:

"Dada la escala epidémica de la demencia, sin perspectiva de cura en el horizonte y una población global envejecida, llamamos a los gobiernos y la sociedad a jugar un papel activo en la ayuda para crear un mundo en el que las personas puedan disfrutar de una mejor calidad de vida y también una reducción del riesgo de la futuras generaciones" (p. 1)

La pregunta es clara: ¿Cómo podemos reducir el riesgo de demencia entendiendo por ésta la máxima expresión del DC?

Prevención. Podemos hablar de prevención primaria, cuyo objetivo es reducir el número de casos de demencia interviniendo antes de que ésta se inicie, promoviendo la iniciación y mantenimiento de una buena salud o eliminando causas potenciales de la enfermedad. También se puede aplicar prevención secundaria, siendo su objetivo prevenir la enfermedad en su fase más temprana para disminuir su progreso a una fase más evidente. Finalmente, la prevención terciaria hace referencia a manejar la manifestación de la enfermedad y sus complicaciones y maximizar la calidad de vida. En este artículo nos centraremos en la prevención primaria.

Factores de riesgo y de protección. Un factor de riesgo (en adelante, FR) es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Por ejemplo, fumar aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, etc.

Dentro de los FR existe una distinción en función de si se pueden modificar o no. Por ejemplo, la edad es un FR para el desarrollo de demencia y representa un FR no modificable, no podemos alterar nuestra edad. Otro FR no modificable es la genética, si somos portadores de uno o dos alelos ε4 tendremos más posibilidades de desarrollar la EA respecto a aquellas personas que no son portadoras de ningún alelo ε4. Otros FR no modificables hacen referencia a circunstancias acontecidas durante el periodo prenatal.

Factores de riesgo en los que se puede intervenir

Por otra parte, existe una serie de FR modificables sobre los cuales se puede ejercer intervención de prevención primaria. En 2011 Barnes y Yaffe publicaron un estudio donde señalaban que existen siete FR para el desarrollo de la EA: diabetes, hipertensión, obesidad, tabaquismo, depresión, baja actividad cognitiva y baja actividad física; y estimaron que la reducción de estos FR podría suponer una reducción de un 30-50% de los casos de la EA.

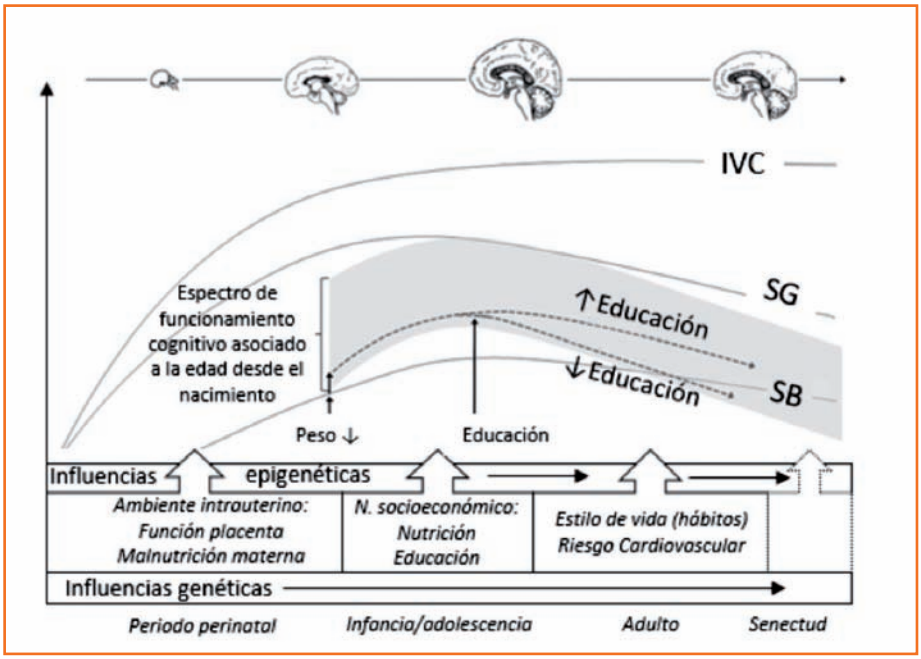


Fig.2 Periodos críticos para el envejecimiento cerebral (Adaptado de Muller et al. 2014). IVC: Índice de Volumen Cerebral; SG: Sustancia Gris; SB: Sustancia Blanca.

No todos los FR tienen el mismo efecto en el tiempo sino que dependen de la edad de exposición y por ello suponen "ventanas de oportunidad" para desarrollar prevención primaria.

De acuerdo con el modelo propuesto por Muller y cols. (2014), el riesgo de demencia y factores protectores puede entenderse de una forma más precisa desde enfoques que abarquen todo el ciclo vital (Ver Fig. 2).

Tal y como podemos ver en la Fig.2, algunos FR no modificables pueden comenzar en el periodo perinatal (antes del nacimiento). Así, factores como el mal funcionamiento de la placenta o la malnutrición materna podrían provocar un bajo peso al nacer y esto, junto a un bajo nivel educativo, puede ser un FR para el funcionamiento cognitivo en edades avanzadas de la vida.

Durante la infancia y adolescencia cabe señalar que unas condiciones socioeconómicas bajas pueden contribuir como FR. Por ejemplo, es más probable de condiciones socioeconómicas bajas hábitos nutricionales deficientes. Sin embargo, la educación es un factor protector contra la demencia. En la infancia, y alcanzando su máxima consolidación durante la edad adulta, la educación fomenta la reserva cerebral y cognitiva, ambos mecanismos compensatorios del cerebro ante posibles patologías (en términos generales, a mayor reserva cerebral mayor capacidad de compensar una lesión cerebral).

Estilo de vida y riesgo cardiovascular

En la edad adulta la investigación de los últimos años sobre FR y de protección de la demencia se ha centrado en dos grandes bloques: los factores asociados al estilo de vida y los factores de riesgo cardiovascular. Sobre el primer tipo, se puede destacar que el tabaquismo se ha asociado con mayor riesgo de desarrollar demencia. Sin embargo, es necesario señalar que las personas ex fumadoras tienen el mismo riesgo de desarrollar demencia que las personas que no han fumado nunca. La baja actividad física es un FR para el desarrollo de demencia, posiblemente debido a que permite la aparición de factores de riesgo cardiovascular. Por su parte la baja actividad cognitiva hace que la reserva cognitiva no se desarrolle y nuestro mecanismo compensatorio potencial contra una hipotética lesión cerebral no alcance su máxima extensión. En parte, este mecanismo es el responsable de que exista ese desfase temporal entre el nivel neuropatológico de la EA y su sintomatología clínica. Los factores de riesgo cardiovascular engloban una serie de factores modificables como son: dislipidemia, hipertensión, diabetes, obesidad y tabaquismo. Estos FR suelen comenzar en la edad media de la vida y son más prevalentes con la edad. Su mecanismo de acción es aumentar la probabilidad de enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, estos últimos predisponen al inicio de la demencia. Muchos de ellos pueden estar relacionados (por ejemplo, obesidad y diabetes mellitus tipo II) y pueden agravarse con hábitos de vida poco saludables (nutrición basada en productos hipercalóricos ricos en grasas saturadas y poco ejercicio físico).

Por ello, unos hábitos de vida saludables que prevengan la aparición de factores de riesgo cardiovascular (dejar de fumar, actividad física, control de la obesidad) y la estimulación de nuestra actividad cognitiva (aprender un idioma, aprender a tocar un instrumento musical, etc.) nos pueden ayudar a ejercer una prevención primaria sobre la demencia, de forma que si vamos a desarrollar alguna forma de DC más allá de lo esperado para la edad, sea lo más tarde posible.

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com
SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN
Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web
www.zonahospitalaria.com/suscripciones/ y envíenos su correo electrónico

¿Qué es la eyaculación precoz?

Dra. C. Rocío Sierra Labarta. Especialista en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra)
Dra. Cristina Soler González. Especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

La eyaculación precoz es una disfunción sexual muy frecuente que ocurre en un 20-30% de los varones y que es definida de diferentes maneras.

Las más aceptadas:

- Aquella eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

- Disfunción sexual masculina caracterizada por una eyaculación que se produce siempre o casi siempre antes o aproximadamente un minuto después de la penetración vaginal, por la incapacidad para retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales y con consecuencias personales negativas, como angustia, malestar, frustración y evitación de las relaciones íntimas.

La eyaculación precoz puede ser "de toda la vida" (primaria), que es aquella que se presenta desde la primera relación sexual y que se ha mantenido así a lo largo de toda la vida, o "adquirida" (secundaria), que se suele presentar de manera gradual o brusca en aquellos hombres que previamente han tenido relaciones sexuales con eyaculaciones normales.

¿Siempre que se eyacula precozmente es eyaculación precoz?

La respuesta es no, ya que existen otros síndromes que presentan una disminución del tiempo hasta la eyaculación. Estos son:

- La eyaculación precoz variable natural: que se caracteriza por eyaculaciones precoces esporádicas e irregulares, siendo simplemente una variación normal del rendimiento sexual.

- La disfunción eyaculatoria pseudoprecoz: en la que el varón tiene una percepción subjetiva de una eyaculación rápida de manera constante o inconstante durante las relaciones sexuales, pero objetivamente el tiempo que tarda hasta la eyaculación se encuentra dentro de los límites normales o incluso por encima de ellos. Por tanto no debe considerarse una enfermedad real.

¿Por qué se produce?

Se desconoce su etiología pudiendo deberse a múltiples causas como la herencia genética, la hipersensibilidad del glande, inflamaciones e infecciones de las vías eyaculatorias, la obesidad, los trastornos tiroideos o causas psicológicas como la ansiedad y el estrés entre otras. La eyaculación precoz no se relaciona con la edad, ni con la situación de pareja o el nivel socioeconómico de los varones, aunque es más frecuente en la raza negra, y en los varones de origen hispano e islámico.

Dado este origen multifactorial de la eyaculación precoz, inicialmente sólo se precisa una anamnesis breve del sistema vascular, endocrino y neurológico, no recomendándose de forma sistemática otro tipo de pruebas diagnósticas más cruentas.

¿Cómo afecta la eyaculación precoz a la calidad de vida?

La eyaculación precoz altera la satisfacción sexual presentando los varones que la padecen, dificultades para la relajación durante el coito, lo que conlleva a que presenten relaciones con menos frecuencia. Así mismo, afecta negativamente a la confianza en uno mismo y a la relación de pareja, pudiendo generar angustia mental, ansiedad, vergüenza y depresión.

Sin embargo, el deseo sexual y el interés en general por el sexo no se ve afectado.

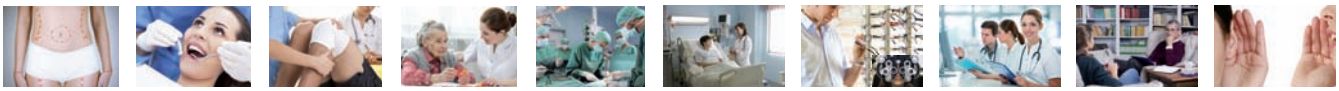
¿Qué tratamiento tiene?

Antes de comenzar el tratamiento es fundamental explorar las expectativas de los pacientes y si hay otro tipo de alteraciones sexuales acompañantes como disfunción eréctil o infecciones, las cuales deben tratarse primero o conjuntamente con la eyaculación precoz.

En los pacientes que prefieren evitar el tratamiento farmacológico se puede realizar un asesoramiento psicosexual o la aplicación de técnicas conductistas, las cuales requieren tiempo y el apoyo de la pareja lo que hace que a veces sean difíciles de aplicar. En los casos en los que estas técnicas no consiguen la mejoría del paciente o en los que se prefiere el tratamiento farmacológico, el tratamiento de elección son inhibidores de la captación de serotonina (dapoxetina).

Otros tratamientos que se pueden ofrecer son la aplicación de cremas anestésicas en el glande (lidocaína-prilocaína, SS-crema...) un tiempo antes del coito con el fin de disminuir su sensibilidad. En algunos casos también se puede recomendar a los pacientes la realización de la circuncisión, cuyo objetivo sería disminuir la sensibilidad del glande secundariamente a la hipertrofia del mismo.

Otros fármacos que se pueden recomendar son la toma de inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, que al mejorar las erecciones puede contribuir a disminuir la ansiedad relacionada con el rendimiento sexual, y debido a que disminuyen el umbral eréctil a un nivel más bajo de excitación se precisaría una mayor excitación para alcanzar la eyaculación.



cirugía plástica | implantología dental | dentistas | fisioterapeutas | residencias geriátricas | clínicas psiquiátricas | material médico y quirúrgico | material y mobiliario | ópticos optometristas | formación médico-sanitaria | psicología | centros auditivos | seguros | ortopedia | nutrición...

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

puedes anunciarte en *zona* ***hospitalaria*** *aragón* revista y web
solicita tarifas www.zonahospitalaria.com/como-anunciarse/
T 695 480 160 aragon@zonahospitalaria.com

El sol pasa factura

Javier Perfecto Ejarque
Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Miembro del Comité Técnico de Zaragoza de la Asociación Española Contra El Cáncer

El sol es tan indispensable para la vida como el agua pero ambos en exceso pasan factura para nuestra salud. Ahora en verano estos dos factores tienen gran importancia debido a que la mayoría de las personas aprovecha los meses veraniegos para disfrutar del periodo vacacional.

La falta de sol puede producir muchas enfermedades como osteoporosis, déficits vitamínicos, trastornos psiquiátricos, sobre todo depresión y alteraciones del sueño y otras más. Pero el exceso o la exposición al mismo sin protección adecuada es muy dañina para la piel.

Cada año aumenta un 10% el número de casos de melanoma el cáncer de piel más maligno y con peor pronóstico. Tomando unas sencillas medidas de protección frente al sol se podría reducir considerablemente el riesgo de padecer este cáncer de piel. El efecto dañino de la exposición inadecuada a los rayos solares tiene efecto acumulativo así que en las personas adultas pueden manifestarse los efectos de una inapropiada exposición al sol en la infancia y en la adolescencia. La piel recuerda las radiaciones solares recibidas con anterioridad.

La mejor opción para prevenir el daño solar en la piel es **combinar las medidas de prevención solar con la vigilancia activa de nuestra piel para detectar a tiempo cualquier lesión sospechosa de ser maligna**.

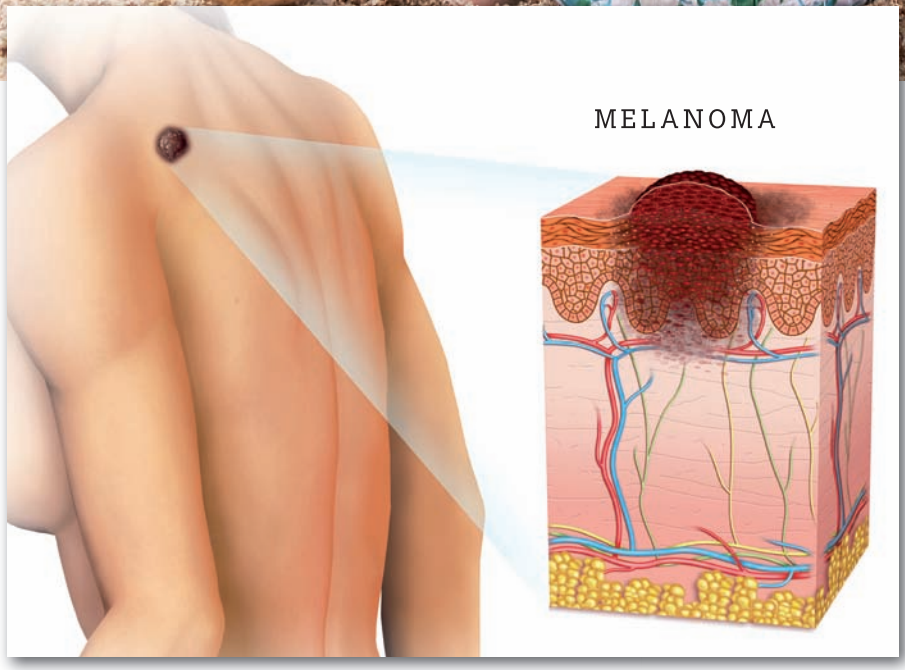
Prevenir la factura solar

No es difícil ayudar a prevenir la factura solar.

- Evitar la exposición solar entre las 12 y 16 horas , según un estudio del Observatorio del Cáncer el 42% de los encuestados señalaron esta franja horaria como la de mayor exposición al sol en la playa.
- Protegerse con crema solar adecuada, gafas de sol adecuadas, gorra y camiseta.
- Evitar a toda costa las quemaduras solares, la piel no se pone roja porque sí, el color rojo de la misma significa una reacción a una agresión dañina.
- Es aconsejable usar una crema protectora solar de un factor superior a 30 y si la piel y o los ojos son claros una protección de 50 ó más, además debe aplicarse como mínimo una hora antes de la exposición al sol, cada dos horas y después del baño.
- Evitar el uso de cabinas bronceadoras que elevan el riesgo de tener cáncer de pie. Casi el 32% de la población desconoce que la exposición a los rayos UVA favorece la aparición de este tipo de cáncer y la mitad de los usuarios de estas cabinas no utilizan ninguna medida de protección o solamente gafas.
- Protegerse también a diario fuera de playas, piscinas, ríos, nieve y campos, el 20% de los encuestados no utiliza ninguna medida de protección.

La detección precoz empieza por uno mismo

Hay una falta de percepción de riesgo en las lesiones de la piel, sobre todo en personas mayores. Además según el Observatorio del Cáncer el 85% de las personas no se ha realizado ninguna autoexploración de la piel



en los dos últimos años. Si observamos un cambio de color, tamaño, forma, textura, se vuelven asimétricas, pican, sangran o parecen una herida que no llega a cicatrizar, se debe consultar con el médico de familia.

El cáncer de piel tiene un pronóstico favorable si se detecta a tiempo y por eso la autoobservación periódica de la piel es clave para hallar cualquier pequeño cambio sospechoso que pueda evaluar el médico de familia y el dermatólogo. En poco más de 5 minutos se puede observar toda la piel, para las partes no visibles basta con utilizar espejos.

Es necesario revisar toda la piel una vez al mes y si hay dudas sobre alguna mancha ó lesión hay que consultar al médico de familia.

Especial atención hay que prestar a los niños que se exponen indiscriminadamente al sol.

- Las quemaduras solares en la infancia son determinantes para la aparición de cáncer de piel en la edad adulta.
- Gran parte de su prevención depende, por tanto, de los hábitos de protección frente a la luz solar en la infancia y la adolescencia.

Hay una asignatura pendiente que es el recreo.

- Es frecuente que protejamos a los niños cuando vamos a la piscina, a la playa o al campo, y esto está muy bien, ¿pero qué hacemos fuera de estos contextos?
- Según un estudio de la Asociación Española Contra El Cáncer el 38% de los padre opina que la radiación solar durante el recreo es pobre ó nada alta y el 35% de los niños no utilizan ningún tipo de protección.
- Cuando la protección no es adecuada el sol puede ser dañino en cualquier circunstancia. El periodo escolar abarca varios mese en que la radiación solar es intensa por lo que es muy importante tomar medidas de protección durante el recreo y las clases de educación física.
- Hay que estar muy pendientes de actividades extraescolares al aire libre y excursiones a la nieve
- La protección mínima recomendada es la misma que en adultos.

Es muy importante "interiorizar" los efectos dañinos del sol.

- Aquí ocurre como con el tabaco que tenemos que insistir que los efectos perjudiciales no son inmediatos si no a medio-largo plazo.
- Los estudios indican que a partir de los 10 años disminuyen la medidas de protección frente al sol.

Los padres y los tutores tienen un papel relevante en la aplicación de las medidas protectoras frente al sol y por lo tanto en la prevención del cáncer de piel siendo fundamental protegerlos adecuadamente y educarles en hábitos de protección.

Para lograr esto es necesario tener en cuenta tres acciones clave:

- Indicar cómo protegerse y porqué.
- Estar pendientes de que no se reduzcan las medidas con el tiempo.
- Que los adultos que rodean a niños y jóvenes pongan en práctica todas las medidas de protección necesarias evitando transmitir que el bronceado de la piel no es un signo de salud ni belleza.

Osteoporosis, cuando los huesos se rompen

***Chesús Beltrán**. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet*

Todos conocemos algún familiar, amiga o compañero de trabajo que alguna vez se ha roto una muñeca, una vértebra o, lo que es más grave, una cadera. No pocas veces detrás de esta fractura se esconde una osteoporosis. De hecho, la osteoporosis no tendría importancia ninguna si no fuera porque su presencia aumenta el riesgo de tener una fractura.

Precisamente así se define la osteoporosis, como una enfermedad esquelética que predispone a un mayor riesgo de fracturas.

Ha sido llamada la epidemia silenciosa, porque no manifiesta síntomas hasta que la pérdida de hueso es tan importante que aparece la fractura, y esto ocurre habitualmente muchos años después de la menopausia. Aparece también en hombres (un hombre por cada 3 mujeres), y con menor frecuencia en mujeres premenopáusicas o incluso niños y adolescentes.

Las fracturas más típicas de la osteoporosis son las de columna y cadera. Las fracturas de cadera suelen aparecer más tarde que las vertebrales, generalmente en mayores de 70 años. Se ha progresado mucho en el tratamiento de la fractura de cadera, pero hay que seguir considerándola como un acontecimiento grave de la vida, ya que además del dolor y la incapacidad que produce, causa también un incremento de la mortalidad por la propia fractura.

¿Me tengo que hacer una densitometría?

Detectar a tiempo la osteoporosis y tratarla para evitar estas consecuencias es de primordial importancia. Para ello su médico le realizará una entrevista para valorar la presencia o no de factores de riesgo de padecer osteoporosis o sufrir una fractura. Son los llamados factores de riesgo clínicos, y no requieren de ninguna radiografía, análisis ni otras pruebas. Muchos médicos utilizan tablas o escalas de riesgo que combinan todos los factores presentes en una persona para darnos su perfil de riesgo. La escala FRAX es la más utilizada.

Los factores de riesgo más importantes son la edad (a mayor edad más riesgo de fractura), haber tenido ya una fractura por osteoporosis, la menopausia precoz o los antecedentes familiares. Otros factores a tener en cuenta son el tabaquismo, el consumo de alcohol, así como enfermedades o tratamientos que disminuyen la masa ósea.

De acuerdo con el resultado de esta evaluación su médico puede solicitarle una densitometría. Una vez valorado el riesgo, si es muy bajo, la densitometría puede no ser necesaria. Si el riesgo es moderado o alto la densitometría ayudará mucho en el diagnóstico y tratamiento adecuado.

Cuando hablamos de densitometría hay que tener en cuenta que hay diferentes tipos, como la de talón por ultrasonidos, o la que mide el hueso en la mano, la tibia o la muñeca. La más útil es la que mide la columna vertebral y la cadera. Es este tipo de densitometría el que se utiliza en nuestro hospital Miguel Servet.

Si una densitometría es normal no es necesario repetirla al menos en 5 ó 10 años. No es útil, práctico ni necesario la realización anual de la prueba. En pacientes ya diagnosticados de osteoporosis se pueden realizar controles con densitometría cada 2 o 3 años, si bien en algunos casos puede bastar con análisis de sangre.

Tengo osteoporosis en la densitometría. ¿Qué debo hacer?

El diagnóstico de osteoporosis por densitometría no conlleva de manera automática un tratamiento. El riesgo de fractura es lo realmente importante y lo que se debe de tratar. Cuando hay una osteoporosis en la densitometría por lo general se prescribe tratamiento farmacológico, pero no siempre.

Hay bastantes casos que se salen de la norma general. Una mujer menor de 65 años de edad sin otros factores de riesgo no tiene un riesgo de fractura importante aunque tenga osteoporosis en la densitometría, y por lo tanto su médico puede decidir no tratarla. Al contrario, aunque no haya osteoporosis en la densitometría, si el valor de la densidad mineral ósea (el "calcio en los huesos") es bajo, pero no llega a osteoporosis, y hay varios factores de riesgo añadidos, el riesgo de fractura de un hueso puede ser alto y requerir tratamiento.

¿Qué tratamiento y cuánto tiempo?

En primer lugar son siempre aconsejables medidas generales, que son parte importante del tratamiento. Estas medidas incluyen seguir hábitos y estilos de vida saludables, con una dieta rica en calcio, libre de tabaco o alcohol, realizar ejercicio de manera regular, y tomar medidas para evitar las caída. A más caídas más riesgo de fractura. Prestar atención a alfombras con las que se puede tropezar, suelos mojados o deslizantes. Caminar con bastón si es preciso ayuda a la estabilidad, así como tener la vista bien graduada.

Si no basta con las medidas generales y su médico ha decidido ponerle tratamiento farmacológico para la osteoporosis, éste tiene que ser prolongado, ya que es una enfermedad crónica. Hoy disponemos de fármacos muy eficaces que disminuyen el riesgo de fractura, aunque pueden tener problemas a largo plazo.

Los más utilizados, el tratamiento estándar, son los bisfosfonatos. Son esas pastillas que hay que tomar una vez a la semana en ayunas y estar de pie o paseando durante 30 o 60 minutos. Con esta medicación lo recomendado es llevarla durante 5 años. Al cabo de 5 años hay que reconsiderar el tratamiento y tomar la decisión de suspenderlo o bien continuar con él, si es riesgo de fractura es alto.

La suspensión del tratamiento será temporal, lo que se llaman "vacaciones terapéuticas", y hay que seguir a la paciente por si es necesario volver a tomarlo más adelante.

La teriparatida es un fármaco muy potente y es el único capaz de formar hueso nuevo. Es una inyección subcutánea diaria, con una duración de 24 meses. No puede utilizarse durante más tiempo en ningún caso.

El fármaco más reciente para el tratamiento de osteoporosis es el denosumab. Se pone una inyección cada 6 meses, y puede mantenerse el tratamiento con seguridad hasta unos 10 años al menos.

Los riesgos del tratamiento

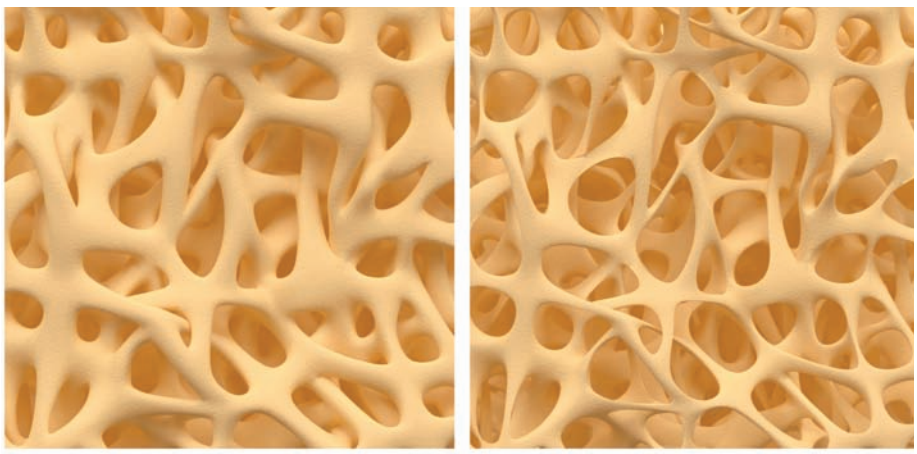
No hay ningún tratamiento que esté libre de riesgos o efectos secundarios. Salvo el que tampoco tiene efectos primarios, como la homeopatía. El riesgo de cualquier tratamiento además aumenta con su uso prolongado, como en la osteoporosis. Lo que hay que considerar siempre es si el beneficio supera al riesgo.

Por ejemplo, ha dejado de usarse para el tratamiento de la osteoporosis el tratamiento hormonal sustitutivo. Este es un tratamiento muy eficaz para la osteoporosis pero con riesgos que lo hacen desaconsejable. No hay un balance favorable riesgo-beneficio.

Otro caso es el de los bisfosfonatos. La osteonecrosis de mandíbula es una complicación muy rara en pacientes tratados con bisfosfonatos para la osteoporosis. Es posible que nuestro dentista nos alerte sobre los riesgos de estos tratamientos. Para su prevención es deseable realizar las intervenciones dentales que se precisen antes de iniciar el tratamiento, si es posible. Si no es posible los protocolos o normas de actuación permiten la realización de implantes dentales u otras intervenciones en los 3 primeros años de tratamiento.

En pacientes que llevan más de 3 años en tratamiento de osteoporosis hay que sopesar el riesgo y el beneficio. Si el riesgo de fractura es alto puede realizar el tratamiento dental mientras sigue el tratamiento de osteoporosis.

Nuestro reto es conseguir tratamientos individualizados para cada paciente, que sean seguros y eficaces, para que un familiar, amigo o conocido no se rompa un hueso cuando se puede evitar.



Razones para no automedicarse y por qué no tomar antibióticos si el médico no lo ordena

Beatriz Bonaga Serrano, María Ángeles Allende Bandrés y Tránsito Salvador Gómez
Facultativo Especialista de Área de Farmacia Hospitalaria.
Servicio de Farmacia. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

El medicamento es un bien, que utilizado adecuadamente, contribuye de forma decisiva a la mejora de la esperanza de vida e incremento de la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como Uso Racional de los Medicamentos "cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad" (OMS, 1985).

Automedicación, ¿qué podemos hacer los profesionales sanitarios?

La tendencia del ser humano al autocuidado, es decir, al propio tratamiento de signos y síntomas de la enfermedad que se padecen, ha existido siempre.

Por el término automedicación, entendemos, la adquisición de fármacos sin receta médica, provenientes del entorno cercano, bien por la recuperación de medicamentos utilizados en otras ocasiones, o por la prolongación, interrupción o modificación de las dosis indicadas en un tratamiento ya prescrito. Mediante pacientes adecuadamente informados conseguiremos disminuir tanto la presencia de automedicación como el incumplimiento terapéutico. En este sentido los profesionales sanitarios tenemos un papel fundamental, ya que, en muchas ocasiones ante un diagnóstico reciente o una situación de angustia, los pacientes tienden a buscar información en la red. En esta situación de "infoxicación" debemos guiarlos en la búsqueda de información útil y fiable en la red, capaces de discernir información de calidad de toda la que existe en Internet.

La aplicación de la tríada "información – consejo terapéutico – educación" favorece un uso correcto de los medicamentos. Información sobre la gravedad, duración y posibles complicaciones de la enfermedad y la identificación de signos de alarma. El consejo terapéutico sobre el fármaco prescrito en cuanto a su utilidad, dosis y frecuencias de administración idóneas o sus posibles efectos adversos y la duración del tratamiento. Y por último la educación al paciente de qué hacer si hay o no mejoría o si se produce un agravamiento de la enfermedad.

Tal y como señala la Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) elaborada por el Ministerio de Sanidad en 2012 (http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf), es necesario promover la información y participación tanto de los pacientes como de los cuidadores con el fin de prevenir posibles efectos adversos relacionados con la medicación. El término autocuidado hace referencia a la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. En este sentido, es fundamental que tanto pacientes como cuidadores cuenten con la información adecuada y suficiente que les permita tener una actitud activa y de compromiso con su autocuidado, haciéndoles partícipes en la toma de decisiones sobre su salud. Los profesionales sanitarios tenemos un papel fundamental para guiar a nuestros pacientes en la búsqueda de información científica de calidad y basada en la evidencia científica evitando así un posible autodiagnóstico que derive en automedicación por parte del paciente.

Revisa el botiquín doméstico. Punto SIGRE

Uno de los principales factores que influye en la automedicación es la creencia de que medicamentos que hemos tomado en otras ocasiones pueden aliviarnos en caso de presentar misma patología o similar. Por ello, es importante revisar periódicamente el botiquín doméstico para no acumular medicamentos.

El Símbolo SIGRE incluido en el envases del medicamento permite a los ciudadanos identificar el lugar idóneo para desprenderse de los envases y restos de medicamentos que se generan en los hogares: el Punto SIGRE de la farmacia.

¿Qué llevar al Punto SIGRE?

- Todos los restos de medicamentos caducados o no utilizados y sus envases.
- Medicamentos que no sean necesarios.
- Los envases que han estado en contacto con el medicamento (frascos, blíster, tubos, aerosoles, ampollas, etc.) aunque estén vacíos.
- Las cajas de cartón y envases de medicamentos de todo tipo, tengan aún restos del medicamento o estén vacíos.

Automedicación y antibióticos

Al igual que ocurre con cualquier medicamento, los antibióticos requieren ser utilizados adecuadamente, en las circunstancias y con las condiciones requeridas para cada paciente, con el fin de obtener el máximo nivel de eficacia con el menor riesgo.

Según datos obtenidos por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2 de cada 3 españoles piensan que los antibióticos son activos frente a la gripe y el 8% de la población los consume sin prescripción médica. Situación que nos coloca como el 5º país de la Unión Europea con mayor consumo de tales fármacos.

Tanto en el ámbito internacional como nacional se reconoce la importancia de promover medidas para preservar la eficacia de los antibióticos, frente al desarrollo constante de las resistencias bacterianas. Cada 18 de Noviembre se celebra el "Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos". España es uno de los 12 países europeos que cuenta con un plan nacional para reducir el riesgo de resistencia a los antibióticos. En España, en el año 2014 el pleno del Consejo Interterritorial del SNS y el pleno de la Conferencia Sectorial del Ministerio de Agricultura, aprobaron el Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos, con el objetivo de reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos.

Los medicamentos no son inocuos y como tal, llevan asociados una serie de efectos adversos que no debemos pasar por alto. Por ello, la automedicación no debe constituir una práctica habitual, es recomendable que los pacientes consulten a los profesionales sanitarios antes de tomar cualquier medicamento. En el caso de los antibióticos, este aspecto toma un matiz importante por la creciente y preocupante aparición de resistencias. Las bacterias resistentes a los antibióticos suponen una amenaza y un problema de salud pública porque pueden provocar infecciones difíciles de tratar. Por ello, debemos tomar conciencia de ello y actuar en consecuencia, protegiendo los antibióticos y reservándolos únicamente para cuando estos sean necesarios. En la siguiente Tabla se mencionan algunas recomendaciones para favorecer un uso adecuado de estos fármacos.

Recomendaciones para un uso racional de antibióticos

1. Los antibióticos únicamente son eficaces para combatir las infecciones bacterianas; no le ayudarán a recuperarse de una infección causada por virus, como el resfriado común o la gripe
2. Tome los antibióticos de forma responsable y sólo cuando los prescriba el médico.
3. Es muy importante completar la duración prescrita del tratamiento antibiótico.
4. No tome antibióticos que tenga en el botiquín de casa sin antes consultar con su médico. La medicación sobrante debe ser desechada en el punto SIGRE.
5. El uso incorrecto de los antibióticos favorece que las bacterias se vuelvan resistentes a estos medicamentos, de manera que, si en un futuro se necesitan, es posible que ya no surtan efecto.

Información obtenida de: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Link: http://ecdc.europa.eu/en/eaad/antibiotics-get-informed/key-messages/Pages/self-medication-general-public.aspx (Consulta el 20 de Marzo de 2015).

Operación bikini, dietas milagro

Belén Redón Jordán
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00185

Con la llegada del buen tiempo y el verano a la vuelta de la esquina hace que muchas personas quieran deshacerse de esos kilos de más y comiencen la famosa "operación bikini". Pero esta operación desgraciadamente lleva a que muchas personas deseen conseguir ese cuerpo escultural en tiempo récord y con el mínimo esfuerzo posible, existiendo la tentación de caer en una dieta milagro y, muchas veces unido a este tipo de dieta, la toma de productos adelgazantes que prometen grandes resultados en un corto periodo de tiempo. Pero, ¿son estas dietas realmente efectivas? ¿Entrañan algún tipo de riesgo para nuestra salud?

Si nos paramos a pensar en todas las dietas que popularmente se conocen, podemos observar, en una gran mayoría, un punto en común, éste es el exceso de proteínas o las llamadas dietas hiperproteicas.

Todos sabemos que las proteínas son un nutriente muy importante para nuestro organismo sin el cual no podría ser posible nuestra vida, pero debemos de saber también que tan perjudicial es su escasez como su exceso.

Las dietas hiperproteicas se basan en la creencia de que la proteína es saciante, pero lo cierto es que diversos estudios no apoyan esta creencia.

Otro de los reclamos de este tipo de dietas es que conserva la masa magra, es decir, nuestra masa muscular. Lo cierto es que solo se necesita 1g de proteína por cada kilo de nuestro peso para conservar la masa muscular, y esto es algo que se da en todas las dietas hipocalóricas equilibradas.

Riesgos

Cabe destacar, que este exceso de proteínas entraña una serie de riesgos:

- Debilidad
- Riesgo de fractura ósea (el exceso de proteínas hace que se favorezca la eliminación de calcio a nivel de riñón)
- Ganancia de peso a largo plazo
- Síndrome metabólico
- Daño renal
- Desórdenes gastrointestinales
- Pérdida de autoestima
- Depresión
- Alteraciones en el comportamiento alimentario

Además, otro punto en común de este tipo de dietas es la eliminación o gran limitación de los hidratos de carbono, es decir, de pasta, arroz, pan, patata... con el consecuente perjuicio que esto supone.

Los hidratos de carbono son el nutriente tabú para mucha gente, ya que estos son nuestra principal fuente de energía, muchas personas deciden eliminarlos para reducir su ingesta calórica. Es cierto que un exceso de hidratos de carbono hace que se almacene en forma de grasa por el ahorro energético, pero debemos de ser realistas y conocer su importancia.

Los hidratos de carbono y el cerebro

Quizás lo más importante a conocer, además la cantidad de fibra y vitaminas del grupo B que contienen, sea que nuestro cerebro únicamente utiliza los hidratos de carbono para funcionar, si eliminamos éstos, el organismo deberá fabricar otras sustancias para alimentarlo, estas sustancias son los cuerpos cetónicos. El exceso de cuerpos cetónicos conlleva a diversos efectos secundarios, siendo destacados los mareos y dolores de cabeza, náuseas, posibles arritmias cardiacas y pérdida de masa muscular.

La Federación Española de Sociedades de Alimentación, Nutrición y Dietética (FESNAD), con la colaboración de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) no avalan la capacidad adelgazante de las dietas hiperproticas, además, avalan que tal consumo de proteínas podría incrementar el peso y la circunferencia abdominal; perjudicando a la salud no solo por el desequilibrio nutricional, sino también por un aumento en la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 y de mortalidad, entre otros riesgos.

Cierto es que con este tipo de dietas se consiguen resultados en un corto periodo de tiempo, pero cabe recordar su "efecto yo-yo". Éste se da por reducir las calorías de manera intensa, haciendo que el metabolismo de haga lento y que la mayor parte del peso perdido sea de agua (provocando una deshidratación) y masa muscular; al incorporar de nuevo la alimentación habitual, el cuerpo recuperará toda el agua perdida haciendo incluso que suba el peso por encima del valor inicial.

Recuerda que lo realmente efectivo no es lo que se consigue en unas semanas y se recupera tras el abandono del régimen, sino lo que se consigue de manera gradual y que se hace permanente en el tiempo, con una bajada de peso progresiva y mantenida, obtenida mediante una alimentación equilibrada, adaptada y acompañada de ejercicio físico. Para ayudarte en el seguimiento y orientación, no dudes en consultar a un dietista-nutricionista, piensa que la salud es tu tesoro más valioso.

Decálogo para una alimentación saludable

1) Práctica la dieta equilibrada.
2) Realiza 3 comidas principales y 2 tentempiés.
3) Incluye alimentos ricos en fibra.
4) Limita las grasas.
5) Escapa de las "calorías vacías".
6) Cocina ligero, modera los guisos pesados.
7) Si comes fuera de casa, escoge como primera opción la ensalada, con un segundo de pasta o arroz y pescado o carne.
8) Bebe aproximadamente 2 litros de agua al día.
9) Modera la sal y las especias fuertes ya que estimulan tu apetito.
10) Vete a la compra sin hambre y con una lista predeterminada.

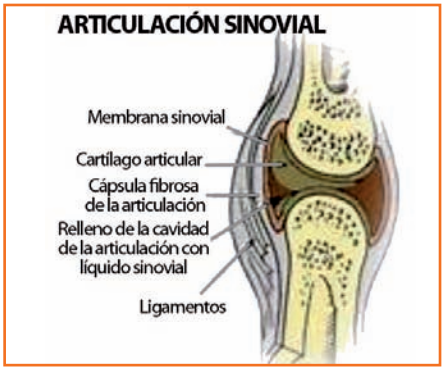
"Que la comida sea tu alimento y tu alimento tu medicina" Hipócrates.

Me duelen las articulaciones, ¿será artritis o artrosis?

Amparo Santamaría Torroba. *Médico Rehabilitador IASS. Centro de Atención temprana. Zaragoza.*
Daime Pérez Feito. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Semergen Navarra. GT Nacional Urología Semergen*

Los "dolores articulares" son un motivo frecuente de consulta a cualquier edad. Bien sea por desconocimiento o confusión muchas personas no saben distinguir entre artrosis o artritis. Intentaremos señalar los aspectos comunes y los que diferencian estas entidades.

Haciendo repaso de anatomía, las articulaciones se componen de tres estructuras fundamentales: los huesos, el cartílago y la membrana sinovial. El cartílago es el que "amortigua" la presión que ejercen los huesos unos sobre el otro durante el movimiento y la membrana sinovial "envuelve" el hueso estando en contacto directo también con el cartílago articular. Produce además el líquidos que permite que el movimiento sea más "suave y sin fricciones".



Semejanzas

Ambas son patologías relacionadas con las articulaciones, cuyo síntoma fundamental es el dolor y que reducen la calidad de vida de los pacientes. En ellas se reduce la movilidad de la articulación y aparece rigidez. Aunque estaría bien aclarar que en la Artritis llega a existir destrucción de la articulación.

Suele afectar a ambos sexos, algo más precoz en mujeres.

Artritis y Artrosis son enfermedades crónicas y en algunos casos invalidantes y en la medida que se conozca mejor la enfermedad podremos colaborar más en su control y prevención.

En tratamiento en estas patologías se fundamenta en analgésicos y antiinflamatorios, pero en la Artritis pueden administrarse tratamientos que modifican el curso de la enfermedad.

Se señala que el exceso de peso es uno de los factores que aumenta la posibilidad de sufrir estas enfermedades, por lo que en nuestras manos está el cuidado de la alimentación y la realización, según las posibilidades, de actividad física.

Diferencias

Señalaremos de manera muy gráfica en esta tabla las principales diferencias entre ellas, pero antes debemos tener claros algunos conceptos.

Como todas las patologías terminadas en -itis, en la artritis hay inflamación, mientras que en la artrosis hay desgaste y envejecimiento. (Ver Tabla I: Diferencias entre artritis y artrosis)

Consejos generales ante enfermedades articulares

- Es importante controlar nuestro peso para reducir la carga que le imponemos a nuestras articulaciones, sobre todo las articulaciones de carga (rodillas, caderas y zona lumbar) y con ello se podría retrasar el proceso degenerativo.
- Evitaremos movimientos repetitivos y el uso excesivo de articulaciones comprometidas.
- Seguiremos las normas de Higiene Postural (adecuar la silla para preservar la anatomía de la zona lumbar, evitar estar de pie si las extremidades inferiores están afectadas)
- Se debe individualizar el ejercicio físico para cada paciente y debe ser realizado con regularidad.

Por si te quedan dudas...

¿Es la artrosis una enfermedad de personas mayores?

No exclusivamente, pero es más frecuente en personas de mayor edad. Es raro ver a un paciente con artrosis antes de los 40 años de edad y se considera que hasta el 70% de la población mayor de 50 años tiene signos de artrosis en las radiografías en alguna localización, aunque no siempre presente síntomas.

¿Se hereda? ¿Si mis padres tuvieron artrosis, también la voy a tener yo?

No necesariamente, aunque es cierto que algunas formas de artrosis tienen un marcado componente hereditario, como por ejemplo la artrosis de manos (nódulos de Heberden o Bouchard).

¿Se puede llegar a curar la Artritis Reumatoide?

La Artritis Reumatoide es una enfermedad incurable en el sentido estricto, pero tiene hoy en día tratamientos muy efectivos (tratamientos biológicos). Para que esta eficacia sea máxima es muy importante realizar un diagnóstico precoz e instaurar el tratamiento lo antes posible, antes de que se haya producido la destrucción articular, que es irreversible.

Si el paciente abandona el tratamiento, la enfermedad se reactiva prácticamente siempre, por lo que el tratamiento debe realizarse de por vida.

ARTRITIS (Artritis Reumatoide)

1-Ataca a la membrana sinovial

2-Su principal síntoma es la inflamación articular

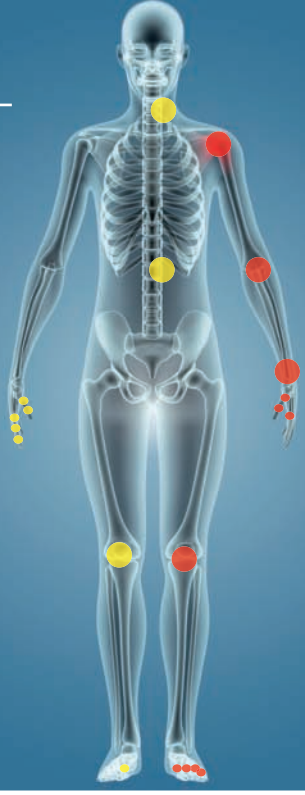
3-Se puede dar a cualquier edad, incluso en la niñez. Es más común entre los 20 a 40 años.

4-Se presentan síntomas extra articulares.

5-Rigidez importante.

6-El dolor empeora con el reposso.

7- Enfermedad autoinmune.



ARTROSIS (Osteoartritis)

1-Ataca al cartílago.

2-Su principal síntoma es la rigidez y el dolor.
La inflamación no es común.

3-Es una enfermedad asociada al envejecimiento. Es más común después de los 40 años.

4-No se presentan síntomas extra articulares.

5-Rigidez poco duradera.

6-El dolor empeora con la movilidad.

7- Enfermedad no autoinmune.

Tabla I **Diferencias entre artritis y artrosis**

	ARTRITIS	ARTROSIS
Causas	Variadas (enfermedad autoinmune, infección, traumatismo)	Envejecimiento y desgaste del cartílago
% población afectada	4-5 %	20-25%, hasta 50% (> 65 años)
Edad a la que aparece	Cualquier edad	> 40 años
Parte articular lesionada	Membrana sinovial	Cartílago
Localización más frecuente	Manos, pies, rodillas, caderas. Afectación simétrica (la misma articulación derecha e izquierda)	Columna lumbar, cervical, manos, rodillas, caderas.
Características del dolor	Inflamatorio (no mejoría en reposo) Combina temporadas de dolor con otras de remisión de la enfermedad. Puede mejorar cuando se controle la causa que la originó.	Mecánico (empeora con el ejercicio) Empeoramiento progresivo.
Rigidez	más frecuente a las mañanas	Peor en las mañanas, generalmente una sola articulación, , de menor duración
Síntomas generales (extraarticulares)	SI (fiebre ligera, malestar, cansancio, inapetencia y pérdida de peso corporal)	NO
Imagen radiológica	Erosiones	Osteofitos
Evolución articular	La destrucción articular puede ser rápida sin tratamiento	El proceso es más lento
Opciones de tratamiento	Analgésicos, antiinflamatorios. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad. Fármacos específicos para cada causa.	Analgésicos, Antiinflamatorios. Condroprotectores. Infiltraciones. Pueden beneficiarse del uso de prótesis articular.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): lo que debes saber

Dra. Teresa Puerta. *Dermatóloga y Coordinadora del grupo de ETS/SIDA de la Academia Española de Dermatología y Venereología.*
Dr. Pedro Herranz. *Dermatólogo y Secretario del Grupo de ETS/SIDA de la Academia Española de Dermatología y Venereología.*

Más del 50% de las infecciones de transmisión sexual se producen en personas de entre 20 y 35 años. La más frecuente es la infección por el Virus del Papiloma Humano (entre un 70 y un 80% de la población sexualmente activa puede resultar infectada) y después otras como son la infección por Chlamydia Trachomatis, sífilis, gonorrea, herpes genital o Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Cada año se diagnostican en España entre 3.500 y 4000 nuevos casos de VIH.

Las ITS son infecciones cuyo mecanismo de acción principal es la transmisión sexual, incluyendo sexo vaginal, anal y oral.

Qué microorganismos las causan

Las ITS pueden estar provocadas por virus (VPH o Virus del Papiloma Humano, virus herpes, virus de hepatitis B o C y VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana); bacterias (Gonococo, Chlamydia, Micoplasmas, Treponema Pallidum, Haemophilus Ducrey); protozoos (Tricomonas Vaginalis) y ectoparásitos (ácaro de la sarna o piojo del pubis).

En algunas de estas infecciones, la transmisión no es exclusivamente por contagio sexual, sino también por vía sanguínea o durante el embarazo, al feto (transmisión vertical), como es el caso de las hepatitis B y C, el VIH y la sífilis.

Cuáles son las ITS más frecuentes

Más del 50% de las infecciones de transmisión sexual se producen en personas de entre 20 y 35 años.
La más frecuente es, sin duda, la infección genital por el Virus del Papiloma Humano, y seguidamente otras como la infección por Chlamydia Trachomatis, sífilis, gonorrea, herpes genital o VIH.

¿ Siempre se manifiestan?

Las ITS no siempre se asocian a lesiones cutáneas visibles; en muchas ocasiones no presentan síntomas, ni hay ningún signo clínico que podamos observar. Es más frecuente que esto ocurra en las mujeres y también en localizaciones extragenitales como pueden ser la faringe o el recto.
Aún así, se pueden realizar pruebas para detectarlas y tratarlas.

¿Tienen tratamiento?

Todas las infecciones de transmisión sexual tienen tratamiento, en unas (como es el caso de las bacterias, protozoos y parásitos) es posible erradicar el microorganismo que las provoca, y en otras como es el caso de los virus (VIH y Virus herpes) se puede controlar su replicación.

Es diferente en el caso del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Se trata de la ITS más frecuente; se estima que aproximadamente entre un 70 - 80% de la población sexualmente activa puede resultar infectada por algún tipo de VPH.
En este caso lo más importante es diferenciar entre la infección y la enfermedad, ya que solo un pequeño porcentaje de las personas infectadas va a presentar manifestaciones clínicas. Dado que no existe tratamiento que erradique el virus, lo mas importante será la prevención (vacunas), y los controles ginecológicos, para que cuando aparezcan sus manifestaciones clínicas (condilomas, displasias, etc.) haya posibilidad de actuación.

El VIH: ¿sigue vigente?

El VIH se puede transmitir por vía sexual ,vertical (de la madre al feto) o sanguínea, fundamentalmente.

Cada año se diagnostican en España alrededor de 3.500 casos de VIH. Actualmente, la mayoría de las infecciones se producen por vía sexual y en hombres homosexuales. En el caso de las mujeres, el contagio tiene lugar en la mayoría de las ocasiones por vía heterosexual. El uso del preservativo y el tratamiento antiretroviral son muy eficaces para evitar la transmisión del VIH.

La transmisión vertical (de la madre al feto) en los países desarrollados es muy rara, ya que en el control de los embarazos siempre se realizan pruebas para detectar el VIH y otras ITS.

¿Existe el sexo seguro?

El preservativo protege de manera eficaz frente a las ITS que se transmiten por fluidos, en las que exista penetración vaginal, anal u oral, como pueden ser gonococo, Chlamydia, micoplasmas, tricomonas, virus de la hepatitis B, hepatitis C y el VIH.

El preservativo protege de modo parcial, es decir, no es eficaz al 100% en enfermedades producidas por VPH, VHS VMC o sífilis; estas se pueden transmitir aunque no exista penetración, pero sí contacto de piel con piel, piel con mucosas, o mucosa con mucosa.

El sexo oro-anal y oro-genital que se practica sin protección puede transmitir gonococo, Chlamydia, sífilis, herpes y Virus del Papiloma Humano.

El aspecto físico, ¿influye?

La probabilidad de adquirir o transmitir una ITS depende sobre todo de la conducta sexual de cada individuo. No está relacionado, en absoluto, con su aspecto físico, nivel de estudios, nivel económico, etc.

Estar informado, muy importante

Es fundamental saber ...

- Cuáles son las prácticas de riesgo para las ITS. Es un pilar básico para evitar el contagio.
- Que algunas de ellas son asintomáticas y que tendremos que consultar en caso de sospecha de contagio o si hemos realizado prácticas desprotegidas.
- Que se pueden diagnosticar.
- Que se pueden tratar de manera eficaz y así evitar complicaciones que puedan surgir.
- Ante la sospecha, hay que consultar al dermatólogo.
- Que existen dispositivos asistenciales, como son los Centros de diagnóstico y tratamiento de las ITS (de acceso directo y gratuito), Servicios de Dermatología y otros especialistas que pueden ayudar.

| cirugía plástica y estética | implantología dental | dentistas | fisioterapeutas | residencias geriátricas | clínicas psiquiátricas | material médico y quirúrgico | material y mobiliario | ópticos optometristas | formación médico-sanitaria | psicología | centros auditivos | seguros | ortopedia | nutrición...

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

puedes anunciarte en *zona* ***hospitalaria*** *aragón* revista y web

solicita tarifas www.zonahospitalaria.com/como-anunciarse/

T 695 480 160 aragon@zonahospitalaria.com

Mi hijo sigue mojando la cama

Ingrid Guiote Partido, María Villagrasa García, José Oliva Encina y Carlos Rioja Sanz
Servicio de Urología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza
María Jesús Gil Sanz. *Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

Habitualmente el control de esfínteres en la infancia se alcanza a partir de los 4 años. Si por encima de esta edad el niño sigue mojando la cama al menos un par de veces por semana sin que exista una enfermedad de base, nos encontramos ante un problema de enuresis nocturna.

Hay niños que nunca han dejado de mojar la cama (enuresis primaria), y otros que empiezan de nuevo tras un tiempo de control de la micción (enuresis secundaria).
Si bien estas pérdidas involuntarias de orina no son una enfermedad como tal, constituyen un trastorno y una carga tanto para el niño que las sufre como para su familia.
Se trata de uno de los trastornos más prevalentes en la infancia (10% en niños de 7 años), pero con una alta tasa de curación espontánea con la edad.

Causas

- **Genética:** si alguno de los padres sufrió este problema de pequeño, es muy común que los hijos lo presenten, y que desaparezca a una edad similar a la que tenía el progenitor.
- **Desarrollo y maduración:** igual que no todos los niños aprenden a hablar a la vez, el control de la micción y la aparición de la sensación de querer orinar requieren de una maduración neurológica que puede tardar en alcanzarse más o menos tiempo.
- **Factores psicológicos y emocionales:** aunque no se asocia a ningún trastorno afectivo específico, la personalidad del niño, su conducta, y las situaciones de estrés, pueden favorecer la enuresis.
- **Malos hábitos miccionales:** retener la orina mucho tiempo, no ir al baño con la frecuencia adecuada, no dedicar el tiempo necesario, o adoptar posturas incómodas para orinar, pueden entorpecer el vaciado completo de la vejiga, que acumula orina y no permite el llenado que se requiere por la noche.

Diagnóstico

Lo primero es descartar una enfermedad de base asociada, pero –por definición- la enuresis se presenta en niños completamente sanos. Su pediatra puede explorar al niño, y con un interrogatorio completo sobre los hábitos miccionales y el patrón de presentación de las pérdidas, puede establecer el diagnóstico de enuresis.

Tratamiento

Más que de tratamiento, deberíamos hablar de "intervención", ya que principalmente se deben adoptar medidas higiénicas y conductuales que favorezcan la continencia.

- Es importante mantener correctos hábitos miccionales. Hay que ir al baño al menos 5 veces durante el día, y asegurarse de vaciar bien la vejiga, dedicando el tiempo necesario y adoptando posturas cómodas.

- Se debe controlar la ingesta de líquido antes de acostarse, e ir a orinar antes de dormir.
- Es conveniente despertar completamente al niño para que vaya al baño un par de horas después de acostarse, ya que es en ese tiempo en el que se fabrica mayor cantidad de orina. Con el tiempo, se puede programar una alarma para que él solo se levante y no dependa de los mayores para estar seco.
- El niño debe implicarse en el proceso. Es útil que realice un calendario donde marque los días secos y los que no, así como responsabilizarse de cambiar la ropa de cama si ha habido escape.
- Se puede pactar un sistema de premios, reforzando con recompensas las metas alcanzadas, que deberán ser de periodos progresivamente más largos hasta la continencia total.
- Existen en el mercado dispositivos que detectan la pérdida de orina, emitiendo una alarma para despertar al niño y ayudar a que controle la micción.
- Su pediatra puede añadir tratamiento farmacológico en los casos que lo considere oportuno, pero sólo son útiles como refuerzo a las intervenciones conductuales.

En cualquier caso, lo más importante es desdramatizar el problema. No se debe culpabilizar ni castigar al niño que moja la cama, pero tampoco sobreproteger: debe ser el propio niño quien se responsabilice de la situación y participe activamente en la resolución del problema.

La enuresis es un trastorno de larga evolución que va a requerir de la paciencia y colaboración del niño y todo su entorno.

Trastornos de conducta alimentaria, una realidad en auge

Dra. Cristina Soler González. *Especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*
Dra. C. Rocío Sierra Labarta. *Especialista en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra*

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso.

Es frecuente que tengan pensamientos distorsionados en torno al peso (sentimientos de inferioridad, creencia que si modifican su estado físico mejorarán las cosas) y la salud (dietas mágicas, creencia que estar delgado es saludable, seguir consejos de chicas que han hecho cosas extremas para perder peso). Las personas afectadas por estos trastornos sufren consecuencias nutricionales, físicas, psicológicas y sociales.

Es más común en el sexo femenino pero últimamente empiezan a darse casos entre los hombres, mucho más «invisibles» a la sociedad.

Como factores que predisponen: factores sociales con sus cánones de belleza, la predisposición genética, la situación familiar (padres exigentes, obesidad en algún miembro de la familia, poca comunicación intrafamiliar, preocupación excesiva del peso en algún miembro de la familia) y la propia vulnerabilidad personal (situaciones estresantes, abusos físicos o psicológicos, baja autoestima...).

La adolescencia y juventud son momentos de mayor vulnerabilidad. Otro dato preocupante es que la edad de inicio es cada vez menor.

¿Qué nos debe alertar ante un familiar/amigo con un posible TCA?

- **Cambios en los hábitos de la comida**: Empezar a comer a solas, reducir la cantidad de comida, rechazar algunos alimentos muy calóricos, sentimientos de culpa por haber comido, empezar dietas extremas, uso de diuréticos o laxantes.. o cualquier cambio en la frecuencia de las comidas.
- **Cambios en el ejercicio físico:** Iniciar actividades físicas intensas o realizar ejercicio justo después de comer.
- **Cambios en el humor:** Irritabilidad, discusiones frecuentes en torno a la comida, mayor aislamiento, uso de páginas de internet que promueven la pérdida de peso, sentimientos de insatisfacción y cambios de humor.
- **Cambios en la imagen corporal:** Imitar ciertas conductas de modelos, querer bajar de talla de forma insistente, preocupación excesiva por el peso o defectos.
- **Complicaciones físicas:** alteraciones tiroideas, amenorrea, diabetes, osteoporosis, fatiga, uñas quebradizas, caries, perdida de líquidos, deshidratación o fallo renal en casos graves.

¿Cómo prevenir el TCA?

Como prevención primaria (antes de desarrollar la enfermedad) se han planteado intervenciones escolares como promover la actividad física y programas educacionales sobre nutrición.

Como prevención secundaria (para identificar pronto la enfermedad) la familia juega un papel fundamental, es importante vigilar los hábitos alimenticios, y promover el crecimiento y maduración personal.

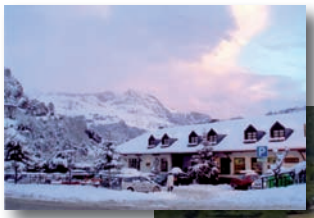
¿Qué hacer ante la sospecha de TCA?

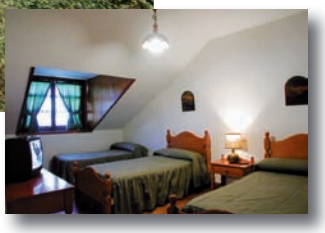
Lo fundamental es pedir ayuda, un punto de acceso sería en el Centro de Salud, tanto el médico de atención primaria como el pediatra de zona pueden asesorarte y derivarte a recursos apropiados.

El tratamiento debe abordarse de forma multidisciplinar. El primer paso es normalizar el peso y el estado nutricional, según la gravedad de cada caso, se valorará dónde se realiza este tratamiento; en casos severos está indicada la hospitalización. También habría que tratar posibles complicaciones derivadas del trastorno (diabetes, problemas renales o tiroideos) y realizar educación sobre patrones nutricionales sanos.

Paralelamente, es necesario un trabajo psicológico para afianzar cambios en los pensamientos distorsionados y en la emociones relacionadas con el peso.

Es importante que exista un diálogo abierto, donde queden fuera los prejuicios y se permita al adolescente hablar de su manera de pensar y sentir, ayudándolos a alcanzar su autonomía.



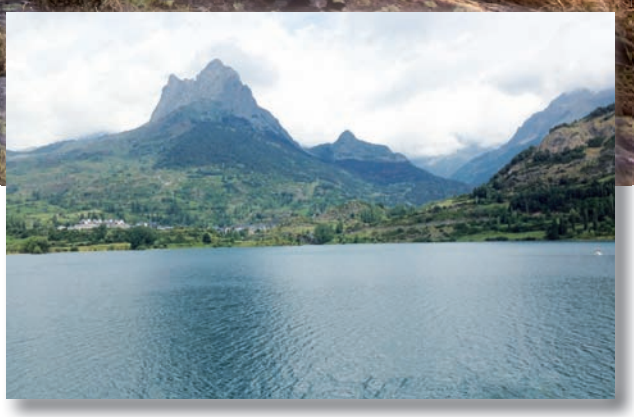


Nuestro **Camping - Bungalows - Hotel Escarra**, está situado en Escarrilla, en el Valle de Tena, rodeado de montañas y praderas, que hacen de su situación un entorno único, cerca de las estaciones de esquí de Formigal y Panticosa.

Abierto todo el año.

Ven y disfruta de las cuatro estaciones

Camping caravaning y Hotel Escarra | 22660 Escarrilla. Huesca
M 680 704 388 | F 974 487 246 | Restaurante 974 487 154
www.campingescarra.com | info@campingescarra.com



MERRELL BOREAL HH HellyHansen THE NORTH FACE salomon trangoworld HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online

Para estar más cerca de ti

la puertaverde
OUTDOOR·STORE

La Puerta Verde Zaragoza
Espoz y Mina, 29. 50003 Zaragoza
T 976 365 645
lapuertaverdezaragoza@hotmail.com

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

www.lapuertaverdepanticosa.com