# zonahospitalaria aragon



Este texto lo está leyendo un futuro paciente/cliente tuyo.

Aprovecha la oportunidad que te ofrece zona hospitalaria para llegar a ellos.

Solicita tarifas: aragon@zonahospitalaria.com

T 695 480 160

# Sumario www.zonahospitalaria.com



¿Qué hay que saber sobre el virus del papiloma humano?



6 Pérdida de conciencia y síncope de mecanismo vasovagal



¿A qué se refieren con enfermedad autoinmune?



10 Infección del tracto urinario



12 El síndrome del túnel del carpo



14 Tercer grado al lupus, el gran simulador



16 Cáncer de vejiga, causas, síntomas y tratamiento



17 Sanar las heridas emocionales



18 Prevención del suicidio



20 Analgesia epidural durante el parto



22 ¿Qué es la cefalea postpunción dural?



24 La eyaculación precoz



26 Los antiestéticos y dolorosos "juanetes"



28 Contacto piel con piel en cesáreas



30 Las necesidades hídricas de las personas mayores



31 Hablemos de disfunción eréctil

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. Control (certifica nuestra tirada).

© 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 i 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...







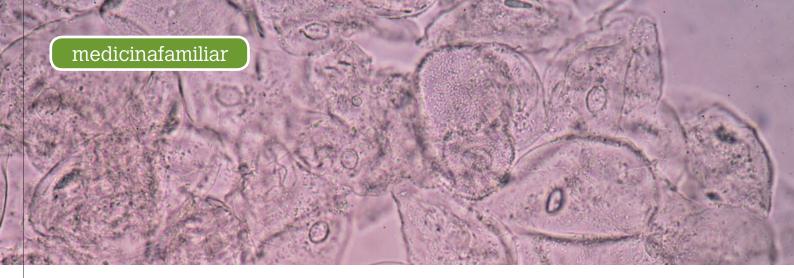






# Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

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



# ¿Qué hay que saber sobre el virus del papiloma humano?

Susana García Domínguez, Marta Bona Otal y Raquel Bravo Andrés. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Picarral

El virus del papiloma humano genital (VPH) es el virus de trasmisión sexual más común. Algunos estudios realizados en Europa y Norteamérica demuestran que cerca de la mitad de los hombres y mujeres sexualmente activos contraerán la infección por VPH en algún momento de su vida.

Aunque recientemente la implantación de la vacuna en el calendario oficial lo ha puesto de actualidad, no se trata de un virus nuevo, sino que es conocido desde hace muchos años como también sus implicaciones en la salud de la población.

La enfermedad más relevante relacionada con la infección del VPH, por su gravedad, es el cáncer de cérvix o de cuello de útero. No obstante, existen otras patologías con una incidencia menor que se asocian a este virus, como son el cáncer vaginal y vulvar en mujeres, y el anal y orofaríngeo tanto en mujeres como en hombres.

También las verrugas genitales, de carácter benigno, se asocian a este virus y su presencia obliga a descartar otras enfermedades de trasmisión sexual (ETS), algunas tan graves como el VIH o la hepatitis B.

Hoy en día, no hay tratamiento antiviral que destruya el virus, el tratamiento es el de las lesiones que el virus produce.

# El virus del papiloma humano y el cáncer de cuello de útero

La prevalencia de la infección genital por el VPH en la población española es una de las más bajas de Europa. También la incidencia del cáncer de cérvix en las mujeres españolas es una de las más bajas del mundo. En España

se diagnostican 7,6 casos de cáncer de cérvix por 100.000 mujeres y año y la mayoría son mujeres menores de 45 años. Si se compara con otros tipos de cáncer, no es un número alto de casos.

Mundialmente la incidencia es mucho mayor, sobretodo en algunos países de Asia. Pero no se puede obviar, dado que afecta a mujeres jóvenes, que da lugar a una morbilidad y mortalidad innecesariamente prematuras y que además es sanitariamente evitable.

La infección por VPH es condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de cáncer de cuello de útero. Otros factores de índole socioeconómico y de hábitos sexuales se han visto relacionados, como la promiscuidad de la mujer y la de sus parejas sexuales, así como el tabaquismo.

En la aparición de lesiones se contemplan cuatro fases fundamentales:

- 1) Infección por el VPH.
- 2) Persistencia de la infección.
- 3) Progresión hacia la lesión precancerosa.
- 4) Invasión local de dichas células.

Ninguna de las cuatro fases implica obligatoriamente que se vaya a pasar a la siguiente. La mayoría de las mujeres diagnosticadas de VPH eliminarán la infección de forma espontánea en los siguientes 24 meses, sin llegar a producir ninguna alteración celular. Del mismo modo, muchas de las lesiones llamadas precancerosas, se resolverán sin haber recibido tratamiento; y entre las que persistan, sólo un porcentaje acabarán desarrollando un cáncer. Es por ello que en muchos casos, la actitud del médico es únicamente de observación y seguimiento, el cual se realiza mediante las citologías en el centro de salud.

# Nuevos avances y nuevas perspectivas

El diagnóstico precoz del cáncer de cérvix se hacía tradicionalmente por medio de la citología, que descarta que las células estén alteradas, aunque no la existencia del virus. Actualmente, en la misma toma de muestra se incluye el cultivo del VPH de tal modo que, aunque no haya alteraciones celulares, conociendo la presencia del virus se adopta una actitud de vigilancia con un doble objetivo: hacer un seguimiento de la presencia del virus hasta su desaparición en la mayoría de los casos y captar las alteraciones precancerosas, si aparecieran, de la forma más precoz posible. Por ello, y por la larga latencia de la enfermedad potencial, si el cultivo del virus es negativo, el tiempo a trascurrir hasta repetir la prueba puede ser bastante amplio y más en la mujer de edad madura y con pareja estable. El segundo aspecto que ha hecho cambiar el abordaje de la infección por VPH es la introducción de la vacuna en el calendario oficial de las comunidades autónomas. Ésta se administra a adolescentes, previamente al inicio de las relaciones sexuales. La inmunidad a largo plazo que proporciona la vacuna no está bien definida aunque es claro que protege a la mujer en los años en que tiene más posibilidades de infectarse. Con los datos existentes, se considera una vacuna con un perfil de seguridad similar a otras vacunas.

También existe un riesgo: vacunarse puede crear una falsa sensación de seguridad que dé lugar a una "relajación" de las medidas protectoras, como el uso del preservativo, lo cual conllevaría, paradójicamente, un repunte de los casos así como de otras ETS.

Todos los autores están de acuerdo en que

la vacuna tampoco excluye la necesidad de realizar citologías ni en la mujer vacunada ni en la no vacunada.

### El vph en los varones

Así como el abordaje de la infección por VPH en mujeres está protocolizado, no hay pautas claras en los varones. Esto merece una explicación: las lesiones del virus del papiloma, excluyendo las verrugas genitales, son predominantes en las mujeres, aunque también los varones se infectan y a menudo sin producir ningún síntoma ni lesión visible. En la trasmisión heterosexual, la infección femenina proviene del varón. A día de hoy, no son de uso habitual las pruebas que permitan detectar el virus en los varones de forma comparable a la citología en las mujeres, ni tampoco exis-

ten para ninguno de los dos sexos pruebas serológicas mediante análisis de sangre que confirmen la infección. Es decir, que hasta el momento, aunque se administra la vacuna y se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz a las mujeres, no se está cortando de forma completa la cadena de trasmisión.

Un varón cuya pareja esté infectada por VPH no puede saber si está o no infectado y, para evitar el posible contagio a sus futuras parejas sexuales, debe utilizar métodos anticonceptivos de barrera (preservativo). Ésta es la razón por la que en algunos ámbitos médicos se plantea la posibilidad de vacunar en el futuro a ambos sexos. Sobre estos temas quedan líneas de debate e investigación abiertas.

# La importancia de la salud sexual

El abordaje del VPH y los problemas de salud que de él se derivan, deben enmarcarse dentro de un contexto más amplio de la salud sexual y reproductiva. En línea con estos aspectos, serían actividades de promoción y educación para la salud: favorecer la comunicación familiar y en las relaciones escolares o las aspiraciones educativas y la correcta educación sexual. Estas medidas pueden suponer una forma efectiva de reducir los comportamientos sexuales de riesgo en poblaciones determinadas, adolescentes y jóvenes especialmente. La reducción de forma global en todos los colectivos de estas prácticas de riesgo, podría tener un importante beneficio en la salud, no solo por el VPH, sino por sus implicaciones en otro tipo de infecciones de transmisión sexual.





Dr. Antonio Asso

Jefe Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Miguel Servet Director Unidad de Arritmias, Hospital QuironSalud, Zaragoza www.arritmiascardiacas.es

El síncope es un motivo de consulta médica frecuente entre la población general, tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias. Suele hacerse sinónimo de pérdida de conciencia, pero esta anomalía –común tanto entre el lenguaje general como en el profesional- debe erradicarse, ya que un uso apropiado de la terminología es esencial para el correcto enfoque diagnóstico y terapéutico.

En la medicina actual se define síncope como la pérdida de conciencia transitoria, con recuperación espontánea, que se produce como consecuencia de una disminución de la perfusión cerebral. Es decir, para utilizar el término "síncope" la pérdida de conciencia debe estar causada por una disminución aguda y global del flujo sanguíneo que recibe el cerebro. Por tanto, cuadros semejantes en su presentación como por ejemplo una crisis epiléptica, no es un tipo de síncope aunque curse con pérdida de conciencia ya que se origina por un foco irritativo cerebral y no existe una disminución primaria del flujo sanguíneo de dicho órgano. Tampoco debe usarse el término síncope, cuando la pérdida de conciencia se debe a una hipoglucemia en un diabético (caída del nivel sanguíneo de glucosa), ya que al igual que en el ejemplo previo, tampoco hay descenso de la perfusión cerebral implicada en su causa. Como puede intuirse de los comentarios previos, el síncope no es un diagnóstico en sí mismo, sino un "síntoma" que puede tener causas muy diversas y el tratamiento del síntoma depende siempre del mecanismo que lo origina, de ahí que resulte imprescindible filiar su origen para plantear un tratamiento específico y eficaz.

# Causas principales de síncope

Los dos tipos más importantes de síncope son el vasovagal y el cardiogénico. El primero resalta por su alta prevalencia (frecuencia) entre la población y se denomina globalmente como reacción o síncope vasovagal en sus distintas variantes. Aunque puede resultar muy aparatoso y dar sensación de gravedad para el entorno que lo presencia su pronóstico es benigno. El segundo tipo principal de síncopes es el de origen cardíaco que destaca por sus potenciales y graves consecuencias. La mayoría de los síncopes de origen cardiogénico son consecuencia de arritmias y algunos de éstos pueden incluso ser predictores de una muerte súbita. Es fácil de entender que este grupo de síncopes originan una disminución del riego o perfusión cerebral simplemente porque el corazón deja de latir unos segundos o lo hace tan rápido que su contracción es inefectiva.

En el síncope de origen cardíaco la instauración y resolución del cuadro suele ser brusca, sin existir el "pródromo" o preaviso característico del mecanismo vasovagal -el síncope cardiogénico será abordado en otro artículo. Entre la población general la causa más frecuente de síncope es el causado por un mecanismo o reflejo vasovagal; es frecuente a cualquier edad, aunque la adolescencia es un periodo de especial incidencia. El pronóstico es benigno si bien puede ser recurrente y en tales casos incidir negativamente sobre la calidad de vida del individuo. En el síncope vasovagal la caída de la perfusión cerebral se debe a una bajada de tensión arterial como consecuencia de un reflejo anómalo en los mecanismos que controlan la tensión arterial y la frecuencia cardíaca. Las circunstancias en las que se desarrolla un cuadro vasovagal pueden ser muy diversas. Aunque es más frecuente su inicio en ambientes calurosos y cargados, en un contexto de deshidratación, aprehensión, etc., puede darse en cualquier situación en un individuo que se encuentra de pie o sentado. El dolor visceral intenso (cólico renal, por ejemplo) puede iniciar también este reflejo. Igualmente, tras una comida copiosa el organismo se encuentra en situación de predisposición vasovagal que puede favorecer estas reacciones -es lo que el lenguaje popular refería antaño como "corte de digestión".



# ¿Por qué mecanismos se produce un mareo o síncope vasovagal?

En personas predispuestas, la activación del reflejo (obviamente involuntario) inicia una dilatación de las arterias y venas en conjunción con un simultáneo enlentecimiento de la frecuencia cardíaca. La suma de ambos factores ocasiona una caída de la tensión arterial, generalmente progresiva que se asocia habitualmente con palidez, sudoración fría, visión borrosa, naúseas, etc y puede llegar a producir pérdida de conciencia y traumatismo por pérdida del tono postural.

La importancia cuantitativa de ambos mecanismos de vasodilatación (vasodepresor) y enlentecimiento del pulso (cardioinhibición) es variable entre los pacientes. Por regla general, el síncope vasovagal se presenta con los referidos síntomas que alertan al individuo de la inminencia del cuadro de mareo intenso o síncope. Este periodo previo (pródromos) suele durar entre 30 segundos y varios minutos pudiendo diferir ampliamente según circunstancias.

# ¿Qué medidas generales son útiles en una persona que sufre un cuadro vasovagal?

Lo primero y más eficaz es tumbarlo y levantarle las piernas e instarle a realizar medidas de contrapresión muscular (tensionar los brazos entrelazados, etc) en cuanto recupere conciencia. No tiene sentido en esos momentos administrar líquidos o azúcar. Al contrario, debe evitarse aspiración de contenido alimentario (volteando la cabeza) en caso de que la disminución parcial o total de conciencia curse con vómitos.

# ¿Cómo se previenen las recurrencias del síncope vasovagal?

Para la mayoría de casos no hay un trata-

miento plenamente efectivo. Solo en casos excepcionales puede resultar útil un marcapasos en este tipo de síncopes. Tampoco se ha demostrado de forma consistente la eficacia de un fármaco concreto. Resulta eficaz, sin embargo, explicar al paciente una serie de normas generales de prevención y actuación como evitar deshidrataciones o adoptar un conjunto de actuaciones en cuanto se intuye el inicio de los síntomas previos o pródromos.

Podría concluirse que dadas las escasas posibilidades terapéuticas del síncope vasovagal lo más importante es realizar un diagnóstico positivo de confirmación del mecanismo originario del síncope.

# PUNTUALIZACIONES EN UNA PERSONA CON PÉRDIDAS DE CONCIENCIA

### 1- Determinar la causa.

Lo primero es definir si se trata realmente de un síncope o de otras causas de pérdida de conciencia. La historia clínica y los aspectos circunstanciales y desencadenantes del cuadro resultan fundamentales.

# 2- Excluir un origen cardiológico / arritmológico.

Dado que no siempre se puede confirmar el mecanismo de un síncope, al menos debe excluirse un posible origen cardiológico, por sus implicaciones. En este sentido resulta fundamental descartar que el paciente padezca algún tipo de enfermedad cardíaca-manifiesta o subvacente.



# Artículo patrocinado por:

**FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE FORMACIÓN** E INVESTIGACIÓN MÉDICA (FEFIM)



El sistema inmunológico es un sofisticado complejo de células y señales moleculares que nos defienden y protegen de enfermedades e infecciones. Sin embargo, este sistema no es perfecto y en algunos individuos "el sistema inmunológico puede confundirse de enemigo y atacar a la propia persona". La palabra "auto" proviene del griego cuyo significado es "uno mismo". Por tanto, en el término "enfermedad autoinmune" se engloban a aquellas patologías originadas por errores en el reconocimiento del agente perjudicial. Es decir, nuestro sistema inmunológico identifica erróneamente a nuestras propias células como patógenos externos infecciosos y las ataca.

Existen más de 80 enfermedades autoinmunes, que se expresan de diferentes maneras, aunque algunas tienen síntomas similares. Algunas de estas enfermedades son muy comunes, como determinadas enfermedades inflamatorias del tiroides (tioriditis), la diabetes mellitus tipo 1, la enfermedad de Crohn, o la esclerosis múltiple.

# Enfermedades sistémicas autoimnunes

Hay otras donde la agresión al organismo es mucho más extensa afectando a distintos órganos y sistemas como piel, sistema nervioso, pulmón, aparato digestivo, aparato circulatorio. En éste grupo se incluyen enfermedades como lupus eritematoso, esclerodermia, dermatomiositis o vasculitis, a ellas les llamamos enfermedades sistémicas autoimnunes.

Éstas enfermedades son crónicas, si bien pueden haber fases de reagudización, en las que los síntomas empeoran y fases de remisión, en las que los síntomas mejoran o desaparecen.

# Órgano específicas

### SISTEMA ENDOCRINO:

- Tiroiditis autoinmunes.
- Menopausia autoinmune.
- Enfermedad de Addison.
- Diabetes Mellitus 1.
- Enfermedad de Graves.
- Orquitis autoinmunes.

# SISTEMA HEMATOPOYÉTICO:

- Anemia perniciosa.
- Purpura trombocitopénica (autoinmunes).
- Neutropenia idiopática.
- Anemia hemolítica (autoinmunes).

# SISTEMA NEUROMUSCULAR:

- Miastenia gravis.
- Esclerosis múltiple.

# PIEL:

- Penfigoide.
- Penfigo vulgar.
- Psoriasis.

### **CARDIOPULMONAR:**

• Goodpasture.

### 0J0:

• Uveitis (autoinmunes).

# HIGADO:

- Cirrosis biliar primaria.
- Hepatitis autoinmune.

# Enfermedades no órganos –específicas: SISTÉMICAS:

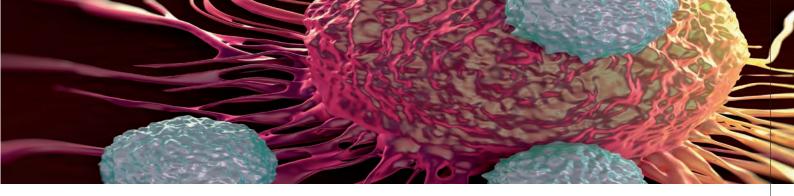
- Lupus eritematoso sistémico.
- Dermato/Polimiositis.
- Esclerosis sistémica.
- Vasculitis necrosates sistémicas.
- Enfermedad mixta del tejido conectivo.
- Síndorme de Sjogren.
- Artritis reumatoide.
- Artritis psoriásica.
- Espondilitis anguilosante.

# ¿Qué clínica presentan?

La sintomatología de la enfermedad autoinmune es muy variada, y la misma enfermedad puede afectar a diferentes tejidos en cada paciente. Es complicado hacer una lista completa y exhaustiva de los síntomas asociados con estas enfermedades. Cada enfermedad autoinmune tiene una serie de peculiaridades y se manifiesta con unos síntomas específicos. Sin embargo, sí es posible nombrar, a título indicativo, algunos síntomas comunes a las enfermedades autoinmunes, tales como mareos, malestar general, irritabilidad, fatiga y fiebre. La reacción del sistema inmune puede dirigir su respuesta hacia las células de la sangre, pero también a la piel, los músculos, las articulaciones o los tejidos que recubren y conforman los órganos.

Entre las patologías más conocidas se incluyen la enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, diabetes tipo 1, esclerosis múltiple, lupus eritematosos sistémico, esclerodermia, hipotiroidismo...

Son enfermedades generalmente crónicas y, por tanto, pueden requerir tratamiento durante toda la vida. El desarrollo de éstas puede estar influenciado por los genes que hereda



una persona así como por la forma en que el sistema inmune de la persona responde a determinados desencadenantes o influencias ambientales.

Se sabe que algunas enfermedades autoinmunes aparecen o empeoran por determinados desencadenantes como una infección vírica; la luz del sol no solo actúa como desencadenantes del lupus sino que empeora el curso de la enfermedad.

# ¿Cómo se diagnostica una enfermedad autoinmune?

El diagnóstico de las enfermedades autoinmunes, sobre todo en fases tempranas, es complicado debido a que inicialmente comparten sintomatología (dolores musculares, fatiga, fiebres bajas, malestar general) con otras enfermedades mucho más frecuentes en la población.

Gracias al desarrollo de pruebas diagnósticas de inmunodetección, podemos identificar mediante análisis de sangre, anticuerpos específicos contra tejidos que se ven atacados de forma errónea, lo que permite diagnosticar la mayoría de las enfermedades autoinmunes.

El objetivo fundamental del tratamiento es

"modular la actividad del sistema inmuni-

### ¿Cuál es su tratamiento?

tario". Sin embargo, se ha de conseguir un equilibrio entre el control de la enfermedad y la capacidad para defenderse de posibles patógenos externos (bacterias, virus, etc.). Los tratamientos aplicados son muy efectivos y consiguen, en la mayoría de los casos, hacer desaparecer la sintomatología de la enfermedad. Sin embargo, esto no significa que se haya curado la enfermedad, el paciente y su familia deben concienciarse de la necesidad de mantener el tratamiento de forma crónica. Las opciones de tratamiento disponibles se basan en la administración de fármacos, que, lógicamente, varían en función de la enfermedad autoinmune a tratar. Un objetivo, sin embargo, común a todas las opciones terapéuticas, es luchar contra la reacción anormal del sistema inmunológico, pero sin que ello

afecte a su capacidad de reacción frente a las amenazas reales, como la agresión por agentes patógenos externos como virus y bacterias. Los fármacos utilizados son corticosteroides e inmunosupresores.

## Resumen

En resumen diremos que el diagnóstico de una enfermedad autoinmune se basa en los síntomas del individuo, los hallazgos de la exploración física y los resultados de las pruebas de laboratorio. Los síntomas comunes de muchas de ellas, como la fatiga, son inespecíficos y por tanto pueden ser difíciles de diagnosticar, especialmente al principio de la evolución de la enfermedad. Los resultados de las pruebas de laboratorio pueden ayudar pero con frecuencia no sirven para confirmar el diagnóstico. Y resaltar que la mayoría de personas con enfermedades autoinmunes pueden desarrollar una vida completamente normal mientras cumpla con el tratamiento.



LA TERAPIA OCUPACIONAL es una profesión socio-sanitaria, que por medio de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo, pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de la enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad.

# "CON TERAPIA OCUPACIONAL PUEDO HACERLO"



# Campos de actuación:

- · Estimulación temprana
- Geriatría
- · Alteraciones sensoriales
- Cuidados paliativos
- Dependencia
- · Reinserción laboral

- Psiquiatría
- · Rehabilitación física
- · Dificultades del aprendizaje
- Marginación y pobreza
- Discapacidad intelectual
- Docencia e investigación

# COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPÉUTAS OCUPACIONALES DE ARAGÓN (COPTOA)

Fernando El Católico, 6 Entresuelo Izquierda Oficina 3 | 50005 ZARAGOZA T 976232167 M 615963974 | coptoa@hotmail.com | www.terapeutas-ocupacionales.es/coptoa

# Infección del tracto urinario

Ramiro García Ruiz FEA Urología. Hospital Comarcal de Alcañiz. Lydia Aparicio Martínez Enfermera. Hospital General de la Defensa.Zaragoza

En las personas sanas, la orina contenida en la vejiga es estéril. Cuando está orina pasa por el conducto (uretra) para salir al exterior no tiene bacterias o las hay en cantidades mínimas. Sin embargo, cualquier parte de las vías urinarias pueden colonizarse o infectarse por diversas causas, si esta presencia de gérmenes ocasiona síntomas estaríamos ante una infección urinaria o ITU (siglas para designar a la infección del tracto urinario).

Las infecciones urinarias están causadas por gérmenes, generalmente bacterias que entran en nuestro organismo a través de la uretra (lo más habitual). La mayor parte de las veces, estos gérmenes no se encuentran en concentraciones suficientes para producir infección y los mecanismos de defensa son capaces de neutralizarlas o eliminarlas. La bacteria que más comúnmente produce las infecciones se denomina Escherichia Coli.

### Las causas más comunes

- Actividad sexual. El coito propicia la entrada de gérmenes del exterior a la vejiga.
- Embarazo. Debido a que los uréteres (conductos que comunican el riñón con la vejiga) están más dilatados, y el movimiento de los mismos suele ser menor.
- **Obstrucción.** Algún obstáculo, un tumor, un estrechamiento de las vías, un agrandamiento prostático, cálculos u otras.
- Reflujo vesicoureteral. Es el paso de orina desde la vejiga a los uréteres, y en ocasiones hasta el riñón, y se produce cuando se eleva la presión al orinar y existe una incompetencia de los sistemas antirreflujo bien sea funcional o anatómico.

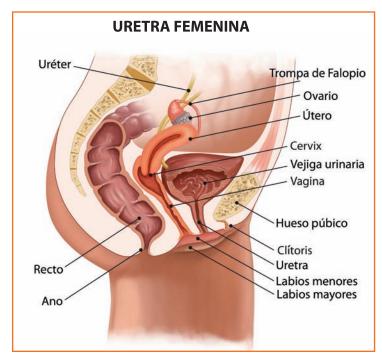
- Uso de DIU y pastillas anticonceptivas. Algunos estudios demuestran la relación entre la utilización de esos métodos anticonceptivos y el desarrollo de infecciones urinarias
- Uso de catéteres. Las sondas vesicales intermitentes o continuas aumentan la incidencia de las infecciones urinarias. La inserción de catéteres urinarios de otro tipo o la realización de procedimientos

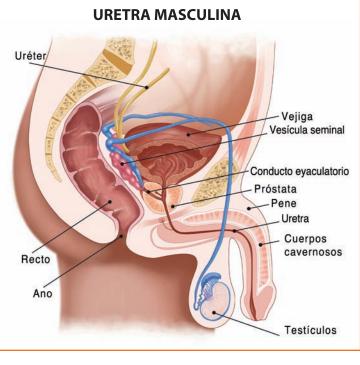
urológicos también aumenta el riesgo de infecciones.

# ¿Quién la puede padecer?

En las mujeres adultas la cistitis (infección a nivel vesical) es la infección urinaria más común. Se considera que, al menos, el 40% de las mujeres presentará una infección urinaria a lo largo de su vida.

En el varón menor de 50 años, la infección urinaria más frecuente la constituye la prostatitis (infección e inflamación prostática), dando lugar a un 20% de las consultas urológicas masculinas.





### Síntomas

- Orina turbia, o con sangre.
- Escozor o dolor al orinar.
- Presión en la parte inferior del abdomen o en la espalda.
- Deseo miccional constante (tenesmo vesical).
- Fiebre.
- Dolor lumbar.
- Dificultad para la micción o sensación de vaciamiento incompleto.
- Dolor e inflamación testicular.
- Uretritis con emisión de pus.

# ¿Cómo se diagnostica?

La anamnesis y la exploración física aportan datos muy importantes para sospechar la existencia de una infección urinaria. Existen pruebas rápidas que confirmarán el diagnóstico.

- Tira reactiva. Reaccionan inmediatamente con la orina, y nos indican presencia o no de bacterias, sangre, etc.
- Análisis de orina. Con una muestra de orina, se puede analizar en el laboratorio, y cuantificar la presencia de gérmenes en la orina, de sangre, el pH... También se puede realizar el cultivo de orina.

Para esta última técnica, es importante recoger la muestra adecuadamente. Se debe limpiar la zona a conciencia, y desechar la primera parte de la micción, recogiendo la muestra de la mitad de la misma.

- Análisis de sangre. Objetivan el aumento de células que indiquen infección y parámetros relacionados con infección sistémica que indicarían gravedad del cuadro.
- **Pruebas de imagen.** Radiografía, ecografía, TAC, urografías... Utilizadas en casos más específicos (infecciones urinarias complicadas).



# ¿Cómo podemos prevenirlas?

- Diagnosticar y tratar adecuadamente la infección en el momento en que se presentan los síntomas hará menos probable la persistencia del germen que los ocasiona.
- Se debe mantener una adecuada higiene intima utilizando jabones adecuados y evitando un exceso de higiene que propicia la eliminación de la flora bacteriana que protege de la colonización por bacterias patógenas.
- A la hora de limpiarnos, se debe hacer siempre de la zona de delante, hacia detrás (hacia el ano) para evitar arrastrar bacterias hacia la uretra
- Beber abundantes líquidos, esto favorece la diuresis y la expulsión de las bacterias.
- Orinar con frecuencia evitando retener el deseo miccional, en ocasiones es necesario programar micciones en determinados intervalos de tiempo.

- Orinar tras el coito. Al mantener relaciones sexuales, se favorece la entrada de microorganismos al interior de la uretra. Con la micción favorecemos su eliminación.
- Arándanos rojos: Algunos estudios demuestran la eficacia de los arándanos para evitar la adhesión celular a la pared vesical (urotelio).
- Evitar la humedad continuada debido a pañales, incontinencia, o prendas íntimas mojadas.
- En mujeres postmenopáusicas, en ocasiones, es necesario instaurar tratamiento con estrógenos tópicos para evitar la atrofia genital que favorece las infecciones.
- En caso de infección urinaria en varón, será necesario descartar patología uretro-prostática obstructiva (dificultad para orinar) que justifique un riesgo aumentado de infección urinaria y, en caso de encontrarla, iniciar un tratamiento urológico adecuado.





El síndrome del túnel del carpo (STC) es una patología que hace referencia a la compresión del nervio mediano a su paso por la muñeca. Este nervio discurre a través de un canal o túnel que se encuentra al nivel del talón de la mano; los límites anatómicos de este canal son en su base, los huesos que constituyen el carpo (trapecio, y escafoides en el lado externo de la mano y pisiforme, grande y ganchoso en lado interno) y el techo del canal está formado por el ligamento transverso del carpo. Por dicha zona trascurren además del nervio mediano, los tendones flexores de los dedos y las estructuras vasculares.

Cuando se produce la compresión del nervio, el paciente relata dolor y alteraciones en la sensibilidad por la cara palmar del borde externo de la mano, el dedo pulgar, el índice y el corazón, y en la mitad del dedo anular contigua al dedo corazón. El dolor suele ser de características punzantes / quemantes, con

sensación de hormigueo y adormecimiento, incluso refiere torpeza en la mano y dificultades en la manipulación. Destaca también que la clínica se acentúa por la noche o al efectuar determinadas actividades.

Si la compresión del nervio es prolongada pueden llegar a atrofiarse los músculos del borde palmar externo de la mano e incluso pérdida del movimiento de los tres primeros dedos. Existen signos y síntomas que nos hacen sospechar la existencia de este síndrome, por lo que es imprescindible la realización de una adecuada exploración e historia clínica para el diagnóstico, aunque la confirmación se establece mediante la realización de pruebas electroneurofisiológicas, que permiten conocer la intensidad de la compresión del nervio y diferenciar el tipo de lesión.

El atrapamiento del nervio mediano es la compresión nerviosa de mayor prevalencia. Su incidencia se sitúa entre el 1 y el 10% y frecuentemente, los síntomas aparecen en ambas manos. Es más prevalente en mujeres que en hombres aunque en los hombres la prevalencia aumenta con la edad.

En el 15 % de los casos, el síndrome del túnel del carpo es idiopático, es decir, que no se conoce la causa por la que se produce. En el resto de casos se asocia con lesiones traumáticas en la muñeca, artritis reumatoide, embarazo, obesidad, alteraciones tiroideas, diabetes, consumo de alcohol o tabaco y actividades laborales o lúdicas que requieran un uso repetido de la muñeca y de la flexión de los dedos.

# STC y embarazo

El STC es una complicación que puede aparecer durante el embarazo. Durante éste, se produce un edema de los tejidos que forman el túnel, disminuyendo la luz del mismo y produciendo la compresión del nervio. A lo que se suma un efecto negativo en la evolución, si la embarazada presenta algún factor de riesgo de los que se relacionan con el síndrome (diabetes, obesidad, fumadora, etc.). Se ha observado que los síntomas comienzan a notarse hacia el tercer trimestre, afectando en muchas ocasiones a ambas manos y suele obtenerse una remisión espontánea en el postparto.

# STC y lesión neurológica

Pacientes afectos de alguna lesión neurológica que realicen una propulsión manual de la silla de ruedas, producen una sobrecarga a nivel de la muñeca, o pacientes que tengan como secuela una parálisis en el brazo y adopten posturas en flexión dorsal forzada y mantenida de la muñeca, pueden padecer también este síndrome. Con ello se merma la limitación funcional ya existente, dificultando las actividades básicas de la vida diaria e incluso imposibilitándole el desplazamiento a estos pacientes.

### STC v actividad deportiva

En el ámbito del deporte, el síndrome del túnel del carpo es común en los deportes donde se ejerce fuerza en la mano y muñeca; destacar entre ellos la escalada, pero también el balonmano, deportes de raqueta, deportes de barra como la gimnasia o la halterofilia, o el ciclismo, entre otros. Y a su vez, es más frecuente en deportistas con discapacidad, que precisen silla de ruedas para ejecución de los mismos.

### STC y actividad laboral

El STC también puede ser originado o agravado por la actividad laboral. Son factores de riesgo los trabajos que requieran actividades de precisión manipulativa, trabajos alternantes de aumento o disminución de fuerza manual repetitivos, exposiciones a fuerzas adversas como vibraciones o mantenimiento continuado de ciertas posturas, como manejar un ordenador. Con todo ello el síndrome del túnel del carpo constituye una causa importante de baja laboral.

## Prevención

Es necesario conocer las posibles condiciones ergonómicas adversas del paciente a la hora de la realización de la actividad laboral o de ocio; ya que la realización errónea de las mismas o la utilización inadecuada de



determinadas herramientas para realizarlas, puede representar un factor de riesgo para la aparición de esta patología. Por lo tanto, una adecuada educación ergonómica para estas actividades es la parte fundamental de la prevención del síndrome y constituye también el primer pilar de tratamiento.

Cada persona de manera individual debe implicarse en esta prevención y ser responsable de su propia salud. Es conveniente que conozca las situaciones o actividades que constituyen un factor de riesgo para esta patología y aprender a realizarlas correctamente, y debe llevar un estilo de vida saludable, evitando la obesidad, el tabaquismo y el consumo de alcohol y tabaco, que como ya hemos comentado anteriormente, constituyen un factor de riesgo evitable.

### Tratamiento

Dentro del abordaje terapéutico insistimos en que lo primordial es la modificación de hábitos y una educación ergonómica. Se aconseja adoptar una postura neutra de la muñeca en actividades de posición mantenida de la mano y modificar el patrón de movimiento en actividades que requieran uso repetitivo, fuerza intensa o vibración, o incluso evitar

dichas actividades en la medida de lo posible. Dentro del tratamiento rehabilitador para el síndrome del túnel del carpo pueden emplearse, según la gravedad del cuadro, técnicas de electroterapia como estimulación eléctrica transcutánea (TENS), iontoforesis o ultrasonidos. La aplicación de frio local puede, en situaciones, ayudar a aliviar el dolor al reducir la inflamación. También se recomienda la utilización de una órtesis o muñequera, incluso solo de uso nocturno, con la muñeca colocada en posición neutra, que es la posición de mayor reposo.

Son también beneficiosas las técnicas de cinesiterapia con técnicas manuales sobre el carpo y con estiramientos que relajen la musculatura flexora de la muñeca, mejorando la flexibilidad de los tendones, reduciendo la inflamación y ampliando la luz del canal del carpo, dejando más espacio para el recorrido del nervio. Si existe debilidad asociada, se pueden añadir ejercicios de fortalecimiento.

En casos de compresión severa del nervio o refractarios a tratamiento conservador, se utiliza la cirugía para la descompresión del nervio mediano, que puede ser tanto por técnica abierta como endoscópica.



# Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria Aragón necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.

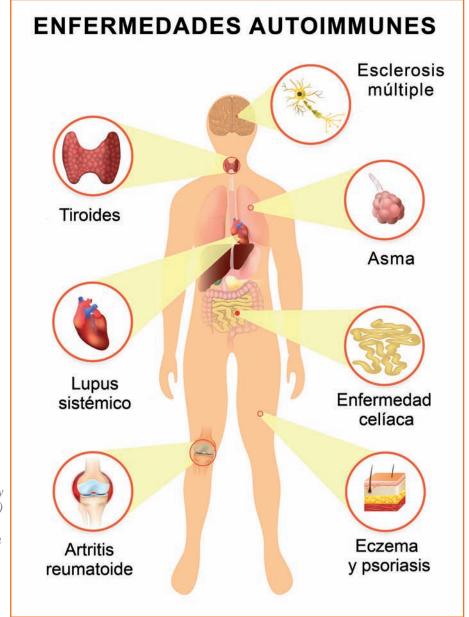
Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com

# reumatología

# Tercer grado al lupus, el gran simulador

# Carlos Vázquez Galdeano

Médico Adjunto (FEA) Reumatología. Unidad de enfermedades autoinmunes y sistémicas de Reumatología (UEAS-REU) Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza



El Lupus (del latín lobo) es el prototipo de enfermedad autoinmune y multisistémica, ¿pero qué queremos dar a entender con estos términos?

Vayamos por partes. Una enfermedad autoinmune es un proceso en el cual nuestro sistema inmunitario, nuestras defensas, actúan contra nosotros mismos, reconociéndonos como extraños y atacándonos de forma indiscriminada, como una suerte de "fuego amigo", pudiendo producir distintos daños y problemas en nuestro organismo según el órgano atacado.

Enfermedades autoinmunes hay muy diversas, pero una distinción importante es entre las **organoespecíficas** (las que afectan a un órgano o tejido concreto y de forma mayoritaria, como la Diabetes tipo 1 o el hipotiroidismo autoinmune) y aquellas otras que denominamos **generalizadas**.

El Lupus pertenece a este segundo grupo, el de las generalizadas, porque puede ser atacado cualquier tejido u órgano del cuerpo. Lo que se afecta con mayor frecuencia es la piel, las articulaciones y el riñón, aunque se dice que "no hay dos casos iguales de Lupus" ya que en

cada paciente la forma de presentación puede ser muy diferente.

Al ser tan diferente la forma de afectar el lupus a cada paciente puede recordar en muchas ocasiones a otras enfermedades, por lo que se habla de él como el gran simulador.

# ¿Qué causa el lupus?

No se conoce su causa exacta. Hay un conjunto de posibles causas interrelacionadas entre sí, como factores genéticos y ambientales, la exposición al sol (rayos UVA) o algunos tipos de infecciones virales. También parece haber implicados factores hormonales que podrían explicar la mayor frecuencia del lupus en las mujeres.

### ¿A quién afecta?

El Lupus afecta aproximadamente a entre 2 y 8 personas de cada 100.000, y es 9 veces más frecuente en mujeres. Suele comenzar entre los 16 y los 55 años, pero hay casos en la infancia y en los ancianos.

# ¿Cómo se comporta?

Dada la amplia variedad de síntomas de presentación, no hay dos casos idénticos. Los síntomas iniciales más comunes incluyen astenia y fiebre, dolores osteomusculares o erupciones cutáneas.

Una vez ha comenzado su evolución será crónica, acompañando al enfermo a lo largo de su vida, con períodos de exacerbación o "brotes" y periodos de tranquilidad o "remisiones". En alguno de estos brotes hay posibilidad de complicaciones serias si no son identificados y tratados de manera precoz. Los signos y síntomas concretos que se presenten van a depender de qué órganos y sistemas del cuerpo se afecten.

Por diferentes órganos del cuerpo pueden presentarse problemas a nivel de :

- RIÑONES: Pueden afectarse severamente en el lupus, y es incluso una causa importante de mortalidad. Algunos síntomas que pueden indicar daño renal son la hinchazón de piernas o edema, la náusea continua, los vómitos y el picor generalizado.
- SISTEMA NERVIOSO: Nos deben de alertar cefaleas de nueva aparición o más intensas o diferentes de lo habitual en pacientes ya migrañosos. Puede haber también cambios de comportamiento, alucinaciones, convulsiones



o ictus. Muchos pacientes experimentan problemas de memoria y concentración.

- SANGRE Y VASOS SANGUÍNEOS: El lupus puede causar anemia, riesgo de sangrado o de formación de trombos, o inflamación de las venas y arterias conocida como vasculitis.
- PULMONES: En el lupus es frecuente la irritación de la pleura, causando dolor al respirar.
- CORAZÓN: Se puede producir inflamación de la cubierta del corazón, un problema conocido como pericarditis, y es posible la afectación de las arterias coronarias, con riesgo de ataques al corazón.

Otras complicaciones posibles son la osteoporosis, la falta de riego en los huesos (necrosis avascular) o un aumento en el número de infecciones, ya que las defensas naturales están alteradas. Finalmente también existe un ligero incremento del riesgo de padecer cáncer a lo largo de la vida.

# ¿Cómo se diagnostica?

No hay una prueba diagnóstica única o infalible. El diagnóstico se logra por la combinación de una serie de signos y síntomas junto con datos de análisis y radiografías en pacientes en los que se sospecha un lupus.

Un hallazgo importante es la presencia de unos autoanticuerpos denominados ANA (Anticuerpos antinucleares) en la gran mayoría de casos. Estos anticuerpos sin embargo no son definitivos: hay enfermos con esta prueba positiva que tienen otra enfermedad y, aunque más raramente, pacientes con Lupus sin estos anticuerpos.

Si el médico sospecha que el Lupus puede estar afectando algún órgano concreto de los

antes mencionados puede ordenar pruebas como ecocardiogramas, ecografías o resonancia. Ocasionalmente es necesaria la toma de biopsias.

### ¿Cómo se trata?

El tratamiento debe ser lo más personalizado posible. Son tan diferentes unos casos de otros en su presentación y comportamiento que cada paciente va a llevar un tipo e intensidad de tratamiento diferente a otro.

Las medicaciones más habitualmente utilizadas en uno u otro momento de la enfermedad son:

- AINES: O antiinflamatorios No Esteroideos (Ibuprofeno, Naproxeno...) Se usan para aliviar los síntomas articulares.
- ANTIPALÚDICOS: (Dolquine, Resochin) Efectivos en síntomas cutáneos y articulares, protegen frente a las recaídas a medio y largo plazo, y son también útiles en el control del riesgo cardiovascular. Se recomienda control oftalmológico por su posible toxicidad ocular.
- CORTICOIDES: La Prednisona y otros corticoides son potentes antiinflamatorios, que controlan de forma rápida e intensa la inflamación a todos los niveles que provoca el Lupus. Tienen gran potencial de producir efectos colaterales por lo que su uso debe ser a las dosis más baias y el menor tiempo posible.
- INMUNOSUPRESORES: Son fármacos cuya principal función consiste en frenar parcialmente la acción de nuestras defensas y así intentar evitar que las mismas nos ataquen (recordemos que ese es el mecanismo fundamental de daño en el Lupus), pero al

mismo tiempo manteniendo su acción frente a gérmenes o agresiones externas a las que está sometido nuestro organismo. Este es un equilibrio difícil de conseguir en ocasiones. Fármacos de este tipo son el Micofenolato, la Azatioprina, el Metotrexato, la Ciclofosfamida, el Rituximab o el Belimumab, entre otros.

# Situación especial: lupus y emba-

El Lupus afecta fundamentalmente a mujeres en edad fértil, por lo que no es raro que una mujer con lupus quede embarazada. Todo caso de mujer gestante con Lupus debe ser considerado y tratado como un embarazo de alto riesgo y ser preferentemente manejado conjuntamente por su obstetra y el médico que habitualmente le sigue el proceso del Lupus.

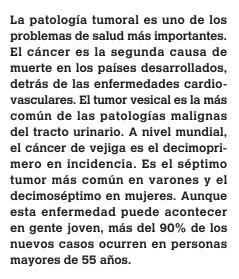
# ¿A qué médico debo acudir en caso de lupus?

El médico de cabecera es quien normalmente atiende el caso al principio y lo deriva al especialista que estima oportuno, según los síntomas que presenta, que pueden ser muy dispares como hemos dicho. Lo más frecuente, sin embargo, es la afectación de la piel y las articulaciones, por lo que los dermatólogos y reumatólogos son los especialistas que identifican una gran parte de los casos.

El seguimiento del paciente debe realizarse por médicos con experiencia en esta enfermedad concreta, siendo los reumatólogos los especialistas específicamente formados en el lupus y otras enfermedades autoinmunes semejantes.

# Cáncer de vejiga, causas, síntomas y tratamiento

Elena Carceller Tejedor y José Moctezuma Velázquez Especialistas en Urología. Hospital comarcal de Barbastro



El consumo de cigarrillos es el factor de riesgo más importante, estando presente en el 50% de los casos en hombres y el 35% en mujeres. De hecho, los consumidores de cigarrillos tienen 2-4 veces más riesgo de padecer cáncer de vejiga que los no fumadores. Y el riesgo se incrementa con el aumento de la cantidad y de la duración del consumo. Tras el cese del consumo, el riesgo de padecer tumor vesical cae más de un 30% tras 1-4 años y más del 60% tras 25 años sin fumar, pero nunca se iguala al riesgo de los no fumadores.

El riesgo de padecer cáncer de vejiga también es mayor en quienes empiezan a fumar a edades tempranas o en quienes están expuestos al humo de tabaco ambiental durante la infancia

El tabaquismo no sólo aumenta el riesgo de tener un cáncer de vejiga, sino que la persistencia del hábito después de establecido el diagnóstico se asocia a un pronóstico más desfavorable.

### Agentes químicos

El segundo factor de riesgo, y que supone alrededor del 10% de todos los casos, es la exposición a diferentes agentes químicos. Los más importantes son las aminas aromáticas. Las profesiones más expuestas a este carcinógeno son los pintores, trabajadores en la industria del metal y el papel, barnizadores y peluqueros.

Actualmente la incidencia de tumor vesical debido a exposición a estas sustancias ha disminuido drásticamente ante la aplicación de normativas estrictas de seguridad laboral. El primer signo y/o síntoma revelador es la hematuria o sangrado con la orina. Casi todos los pacientes con tumor vesical presentan como mínimo hematuria al microscopio. Sin embargo, la hematuria es a menudo intermitente, de manera que un resultado negativo tiene escaso valor para excluir la presencia de un cáncer vesical.

# Ecografía transabdominal

Existen pruebas diagnósticas de ayuda al estudio del tumor vesical.

La ecografía transabdominal es el método inicial de diagnóstico por imagen. Detecta la presencia de dilatación de la vía excretora y los defectos de llenado dentro de la vejiga. La citología urinaria es una herramienta más en el diagnóstico y seguimiento de los tumores vesicales. El examen de orina de la segunda micción del día tiene una sensibilidad elevada en el diagnóstico de tumores vesicales de alto grado de malignidad.



Imagen ecográfica de un tumor vesical



El diagnóstico de cáncer de vejiga depende en último término del examen con cistoscopia; prueba invasiva que consiste en la visualización directa de la vejiga con una cámara a través del conducto de la orina (uretra), y de la resección de la lesión bajo anestesia.

El objetivo de la resección transuretral es el diagnóstico correcto y la eliminación completa de todas las lesiones visibles.



Imagen endoscópica de un tumor vesical

Aproximadamente el 75% de los pacientes con cáncer de vejiga presentan enfermedad confinada a la mucosa (capa más superficial) en el momento del diagnóstico.

Su evolución es impredecible y con el tiempo entre el 50-88% presentan recidivas. Aunque la gran mayoría mantienen el mismo grado de malignidad que el tumor inicial, alrededor del 10-30% de los pacientes con recidiva presentan infiltración de la capa muscular vesical.

Un paciente con tumor vesical de alto riesgo de recidiva y/o progresión precisa de un seguimiento más estrecho con cistoscopias y citologías más frecuentes, ya que el retraso en el diagnóstico y el tratamiento puede poner en riesgo la vida del paciente. Sin embargo, en pacientes con tumores de bajo riesgo, un retraso en la detección de una recidiva no compromete su vida, por lo que el seguimiento puede ser más espaciado.



A veces escuchamos palabras como "herida emocional" o "estoy herido o dañado" o incluso la palabra "trauma"... Podemos hacer una interpretación de lo que le puede ocurrir, pero en muchas ocasiones nos podemos equivocar, ya que no sabemos la realidad de la vivencia que tiene la persona con una herida emocional sin curar.

## ¿Qué es una herida emocional?

Es una desconexión desadaptativa donde se pierde el control de nuestros actos, pensamientos y sentimientos según recordamos, vemos o vivimos sucesos similares a los que provocaron nuestras cicatrices. Una forma de identificar si hay heridas se realiza cuando hay palabras que destruyen en lugar de construir, si lastiman en lugar de consolar, si están llenas de hiel y no de miel...

Las heridas físicas siempre marcan un tiempo establecido para la recuperación, mientras que las emocionales siempre traen consigo la inquietud de saber cómo sanarlas, no tienen un tiempo determinado de duración por influir la vulnerabilidad frente a circunstancias adversas y negativas. La llave de la autoestima logra abrir cerraduras que parecían impenetrables para salir del sufrimiento rápidamente o encerrarse en el dolor con depresión, amargura, melancolía, angustia y ansiedad.

Las experiencias dolorosas que se desarrollan

a lo largo de nuestra vida conforman las heridas emocionales. Tenemos que ser conscientes de que las tenemos y no ocultarlas, porque cuanto más tiempo se espere en sanarlas se irá deteriorando el estado emocional, generándose dentro de uno mismo: agresividad, ira, desconfianza, culpabilidad, venganzas sin fin, odio, rencor, soledad, aislamiento...

# Nos puede ayudar experimentar varias fases para sanar las heridas

1ª Aceptar la herida como parte de uno mismo: Aceptar la herida significa mirarla, observarla detenidamente y saber que existen situaciones para resolver que forman parte de la experiencia del ser humano. Ese es el momento de pensar en curar ese daño.

2º Aceptar el hecho de que si temes o reprochas, te hieres a ti mismo y a los demás: La voluntad y la decisión de sobreponernos al dolor debe mejorarnos y conducirnos hacia la paciencia, la compasión y la comprensión con nosotros mismos. Si desarrollamos estas cualidades nos ayudará a sentir y alimentar el bienestar anulando el rencor y la agresividad.

**3º La transformación con la canalización del sufrimiento es posible:** Nuestros pensamientos, reflexiones y conductas nos favorecen aunque requiere un esfuerzo continuo en realizar lo correcto mirando de frente a la herida. Encontramos formas constructivas de darnos cuenta de los beneficios positivos

que obtenemos de las experiencias dolorosas dando paso al proceso de curación. Se trata de cambiar las perspectivas sombrías para eliminarlas de la mente y realizar la limpieza de emociones destructivas.

4º Liberarse de la culpa y el rencor para encontrar la curación de la herida: Nos damos cuenta de que cuando nos enfadamos con las personas que se consideran culpables de ese daño realizado, sí conseguimos un desahogo momentáneo de ese rencor pero al mismo tiempo que lo hacemos se arañan las heridas de forma constante. Lo que realmente nos ayuda es liberarnos de esa culpa y rencor, para ello es necesario perdonar. El perdón es un acto que se desarrolla con fuerza de voluntad y que está en nosotros el poder desprendernos de algo que nos quita la energía y la tranquilidad.

La maduración y el crecimiento personal son un proceso sobre la responsabilidad de la propia vida y sobre las repercusiones que nuestra forma de vivir tiene en los demás. Es un proceso dinámico, no determinado aunque sí condicionado, que puede elegir de forma libre, cómo, por qué y para qué quiere vivir su propia vida, ya que en las personas residen profundos deseos de crecer y encontrar respuestas positivas que den sentido y bienestar emocional en su camino de ser uno mismo y de vivir.



Se estima que en España mueren al año al menos 4 mil personas por causa del suicidio, seguramente más porque no todos los casos son declarados. Es una cifra superior a los fallecidos por accidente laboral y de tráfico. En personas menores de 35 años es la primera causa de mortalidad por causa externa. La gran mayoría de casos se deben a enfermedad psiquiátrica, sobre todo depresión, pero también hay otras causas.

La depresión es un problema grave de salud pública en el mundo que requiere un adecuado abordaje preventivo, diagnóstico y de tratamiento. Se calcula que en 2020 será la segunda causa de discapacidad con un elevado coste socio-económico. Diferentes estudios señalan que la prevalencia de la depresión en Atención Primaria (AP), que es donde habitualmente acuden estos pacientes, oscila entre el 13 y 29%.

# Identificación, evaluación y tratamiento del trastorno mental

Por lo tanto, la prevención de los trastornos mentales, sobre todo la depresión, y el suicidio es una labor prioritaria en la que deben participar el sistema sanitario, el entorno familiar y social del enfermo mental con la colaboración de toda la sociedad.

La clave está en la precoz identificación, evaluación y tratamiento del trastorno mental que puede causar el suicidio siendo la depresión la causa más frecuente con el sentimiento de desesperanza que conlleva.

Muchas personas que han intentado suicidarse ó que lo han hecho, han estado previamente en contacto con su médico de familia y de ahí que éste en el entorno de la AP tenga un papel clave en la prevención del mismo.

### La entrevista clínica

La principal medida es la capacitación de los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico a través de la entrevista clínica. La entrevista debe realizarse tranquilamente y de forma abierta estableciendo una buena relación empática con el paciente y abordando claramente si ha habido ideación suicida. Para nada deben banalizarse las amenazas suicidas, esto vale para profesionales, familiares y amigos; hay que sospechar de mejorías súbitas e inexplicables que a veces anuncian que el paciente ha tomado la decisión de suicidarse. Es muy importante que familia, amigos y cuidadores se informen de la situación de gravedad que esto supone y la necesidad de vigilancia activa. Habrá casos que el ingreso hospitalario del paciente sea necesario.

La conducta suicida ha merecido atención específica por organizaciones profesionales, sociedades científicas de psiquiatría, medicina de familia y otras así como de forma muy importante por la Fundación Salud Mental España para la prevención de trastornos mentales y suicidio autora de una aplicación informática para teléfono móvil y "tablet" cuyo nombre es **PREVENSUIC**. A través de ella se



# Lo que hay que hacer

- Tomarse en serio cualquier manifestación, amenaza o sospecha de conducta suicida.
- Hablar directa y claramente con la persona en riesgo.
- Conservar la calma y transmitir tranquilidad tanto en la comunicación verbal como corporal.
- Mostrar empatía, preocupación y comprensión con la situación.
- Mostrar esperanza y explicar las posibilidades de superación con ayuda profesional.
- Ganar todo el tiempo posible invitando al paciente a que reflexione evidenciando lo definitivo y dramático del hecho.
- Dejar hablar y desahogarse.
- Retirar en lo posible todo lo que pueda servir para auto-lesionarse con especial atención a los medicamentos.
- Buscar inmediatamente ayuda profesional sanitaria para lo que es necesario tener siempre accesibles los contactos.

Hay **EXPRESIONES** que puede presentar una persona con ideación suicida como: insatisfacción, frustración, fracaso, "dolor", "infelicidad", desinterés, soledad, falta de placer, desesperanza, culpabilidad, odio y vergüenza de si mismo, inutilidad, miedo a "perder la cabeza", idea de "liberación" tras la muerte...

Hay **CONDUCTAS** ante las que hay que estar muy atentos como: cambios bruscos de humor tanto irritación como tranquilidad, alegría o pena (tanto como que puede simular una mejoría de la enfermedad), aislamiento social y familiar, acciones temerarias, consumo excesivo de tóxicos, alcohol y ó medicamentos, auto-humillación, cesión de "mascotas" domésticas, insomnio ó excesiva somnolencia, inhibición sexual, despreocupación por la higiene y la imagen corporal...

Hay FACTORES PRECIPITANTES del suicidio ante los que hay redoblar los cuidados como: accidentes, diagnósticos de enfermedades graves e incapacitantes propias ó ajenas, desastres naturales, pérdida de seres queridos (incluidos animales de compañía), violencia de "género", acoso escolar y laboral, embarazo no deseado ó aborto, fácil acceso a medios letales (ej. armas de fuego), pérdida del trabajo y situaciones de desempleo prolongado; en adolescentes: descubrimiento o no aceptación de homosexualidad, fracaso escolar, desengaño amoroso, graves problemas conyugales; en ancianos: aumento de la dependencia física

y psíquica, institucionalización, malos tratos, soledad, viudez...

Hoy más que nunca es necesario **DESMITIFICAR** las enfermedades mentales (la depresión es una de ellas muy frecuente) y el suicidio.

### Mitos del suicidio

Los principales mitos del suicidio son:

- "El suicida quiere suicidarse". Todo lo contrario, el que se suicida NO quiere morir y mucho menos suicidarse, quiere DEJAR DE SUFRIR Y TENER ESPERANZA en que la crisis pasará. Nadie que es feliz se suicida. Hay que ayudarle para que salga del "túnel" intentando convencerle de que su situación tiene remedio si se ponen los medios profesionales adecuados.
- "Quien lo dice no lo hace y viceversa". La gran mayoría de los suicidios vienen precedidos de señales de alerta. No se debe banalizar y cualquier amenaza ó ideación es una situación de riesgo.
- "El suicidio no se puede prevenir". Esto es radicalmente falso, lo que hacen falta son POLÍTICAS DE PREVENCIÓN EFICACES Y TRANSPARENTES.
- "Hablar del suicidio aumenta el riesgo". Absolutamente NO, hablar del suicidio con una persona en riesgo es LIBERADOR. Tratar el tema en medios de comunicación social de forma profesional y adecuada ayuda a la población, disminuye el "estigma" y promueve su prevención. Algunos medios, ya lo hacen saltándose el "acuerdo tácito" de "no información" por temor al "efecto llamada". Las enfermedades, los actos suicidas y la muerte forman también parte de la VIDA de las personas y su "ocultación" tan de moda en nuestras sociedades hedonistas es "dañino" para la salud. Nadie desea su propia muerte pero ésta es inevitable, sabemos cuándo nacemos pero no cuando moriremos.
- "El suicida es un cobarde ó un valiente". NO, el suicidio no tiene nada que ver con la cobardía ó con la valentía y si hay que "elegir" nos quedamos con la segunda. EL SUICIDIO TIENE QUE VER CON EL SUFRIMIENTO Y LA DESESPERANZA. NO DEBEMOS JUZGAR ESTAS CONDUCTAS SI NO AYUDAR A PREVENIRLAS.

En España a pesar de tener unos elevados estándares de sanidad pública y privada NO EXISTEN PLANES NI ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO a sabiendas de que la incidencia va claramente en aumento en los últimos años habiéndose convertido en un serio problema de salud pública.

informa en general de lo que es la depresión y el suicidio, se dan consejos al paciente deprimido que tenga ideas suicidas, a familia, amigos y cuidadores de estos pacientes, y se dan normas a profesionales de atención primaria, urgencias y psiquiatras en prevención y actuación ante el suicidio. La herramienta es de fácil instalación y totalmente gratuita.

# Lo que no hay que hacer con estos pacientes

Es muy importante que los FAMILIARES tengan claro lo que NO HAY QUE HACER con estos pacientes:

- No juzgar.
- No despreciar ni banalizar las amenazas.
- No desafiar.
- No gritar, ni mostrar nerviosismo.
- No engañar diciendo que no se va a actuar.
- No dar consejos simplistas (ej. "con lo bonita que es la vida...").
- No dejar solo al paciente y tratar de buscar ayuda en personas cercanas.



Julia Ungría Murillo, María Abad Sanz y Lucia Bentué Oliván

Facultativos Especialistas. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital de Barbastro.

Estefanía Ndjou'ou Murillo

Diplomada Universitaria en Enfermería, Área de Atención Primaria y de Urgencias. Centro de Salud de Ejea de los Caballeros

El dolor que se experimenta durante el parto es descrito por muchas mujeres como uno de los momentos más dolorosos que experimentan en sus vidas. Las técnicas de psicoprofilaxis y preparación del parto consiguen una disminución muy modesta de la severidad del dolor. Este dolor por sí solo es indicativo de la utilización de técnicas analgésicas. La analgesia epidural y/o combinada intradural / epidural es sin duda la técnica de elección para la analgesia obstétrica.

El dolor de parto es un dolor agudo, de inicio y final bien definido y de una gran variabilidad individual. Este dolor va a variar en dependencia de la evolución del parto.

El parto se divide en tres etapas con distintos niveles analgésicos requeridos, para cada fase:

- **1.-Fase de Dilatación:** duración 5-12 h. Contracciones cada 3-5 min. El dolor se produce por contracciones uterinas y dilatación del cérvix.
- 2.-Fase de Expulsivo: hasta el parto completo del feto, dura de 15-20 minutos. Contracciones cada 1-2 minutos. Inicio de dolor perineal. Las fibras son más gruesas por eso su bloqueo es más difícil. El dolor es por estrechamiento y compresión de estructuras perineales y pélvicas.

**3.-Fase de Alumbramiento** de la placenta que dura 15-30 minutos. No suele producir dolor.

La analgesia obstétrica ideal sería aquella que sea segura para la madre y el feto, que no interfiera con en el desarrollo normal del parto, y produzca un alivio del dolor eficaz y controlable. Y en el momento actual sería la analgesia epidural, la que presenta estas características.

Antes de la administración de una analgesia epidural el anestesista realiza una valoración completa de la gestante:

- Antecedentes médicos personales.
- Toma de fármacos que puedan alterar la coagulación.
- Historia obstétrica (si ha tenido cesáreas anteriores o existen factores actuales que hagan que esa mujer vaya a acabar en un parto instrumentado o en una cesárea).
- Examen de la vía aérea.
- Exploración de la columna vertebral.
- También valorar la capacidad de la persona para decidir libremente y valorar los casos especiales previamente.

### Analgesia epidural

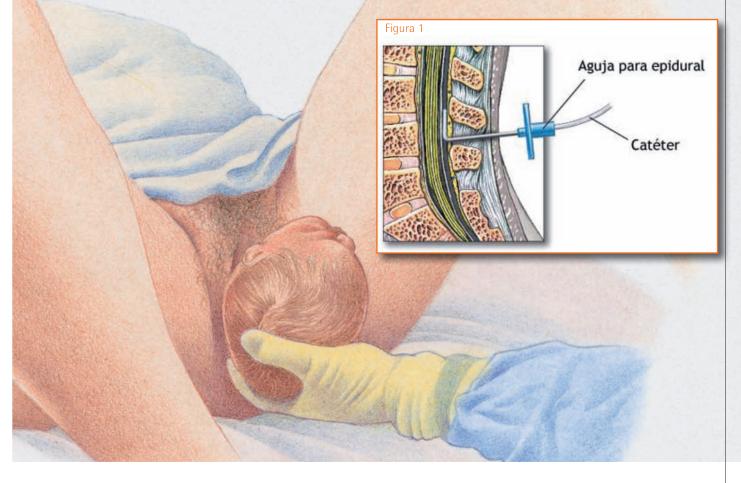
Consiste en el bloqueo sensitivo de las raíces nerviosas que transmiten el dolor durante los estadios del parto mediante la inserción de un catéter en el espacio epidural lumbar, a través de una aguja, para administración de anestésicos locales y fármacos opiáceos. (Ver Figura 1)

La medula espinal está recubierta por tres meninges entre las que se delimitan varios espacios. De fuera hacia dentro tenemos la piel, tejido celular subcutáneo, ligamentos interespinosos, ligamento amarillo y espacio epidural 5mm donde más grueso y con presión negativa y que contiene vasos, linfáticos y nervios.

# Técnica de colocación del catéter epidural

Tras una Monitorización básica colocamos a la paciente sentada, en la mayoría de los casos, o en decúbito lateral izquierdo.

El anestesista palpando la columna vertebral de la embarazada busca un espacio en la columna vertebral lumbar a nivel medial, aproximadamente entre los niveles vertebrales L3-L4 o L4-L5. Se infiltra la piel con anestesia local, y se procede a buscar el espacio epidural introduciendo una aguja epidural conectada a una jeringuilla con aire o suero en su interior y se va introduciendo la aguja lentamente y con presión continua sobre la jeringuilla conectada a la aguja. En el momento que el anestesista llega al espacio epidural, el aire o



suero entran fácilmente (se pierde la resistencia de la jeringuilla conectada a la aguja) entonces es el momento de dejar de avanzar la aquia y retirar la jerinquilla para introducir el catéter epidural. El catéter es un tubo de poco calibre a través del que se va a poner los fármacos para que haga efecto la epidural. Es una técnica muy precisa, el anestesista necesita la colaboración de la embarazada en todo momento para llevarla a cabo. Se comprueba que está colocado en el sitio correcto haciendo una dosis "prueba" de fármaco y se procede a sujetar el catéter para que no se mueva durante todas las fases del parto de la mujer y pueda ir pasando la medicación de forma efectiva.

Se debería informar en la consulta de anestesia o a través de charlas por parte de los anestesiólogos, de las posibles complicaciones, de la posibilidad de analgesia incompleta, de la posibilidad de necesitar repetir el proceso de colocación para colocar un segundo catéter y de en ocasiones asociar una anestesia intradural o general en situaciones de urgencia en las que no hay tiempo para que la epidural haga su efecto o simplemente no se ha podido colocar la epidural por falta de tiempo.

### Contraindicaciones

- **Absolutas:** Rechazo de la paciente a la analgesia epidural, infección en el sitio de colocación, Coagulopatías/Alteraciones sanguíneas (Plaquetas<100,000, INR>1,3) hipovolemia grave, estenosis aortica/ mitral severa, alergias, aumento PIC.
- **Relativas:** Septicemia, paciente no colaboradora, valvulopatías, deformidad grave columna vertebral, lesiones neurológicas previas

# Complicaciones

# Inmediatas:

- Hipotensión arterial materna.
- Bloqueo analgésico fallido o incompleto,

bloqueo unilateral, bloqueo segmentario.

• Sobredosificación y/o inyección intravascular de anestésicos locales que son complicaciones graves y la clínica sería náuseas, vómitos, temblores y escalofríos.

### Tardías:

- Cefalea postpuncióndural, que es la complicación mayor más frecuente, provocada por punción accidental de la duramadre, se produce una pérdida de LCR mayor a su tasa de producción.
- Dolor lumbar.
- Complicaciones neurológicas las cuales son muy excepcionales. Muy raramente meningitis, abscesos epidurales, hematoma epidural y hematoma subdural intracraneal.

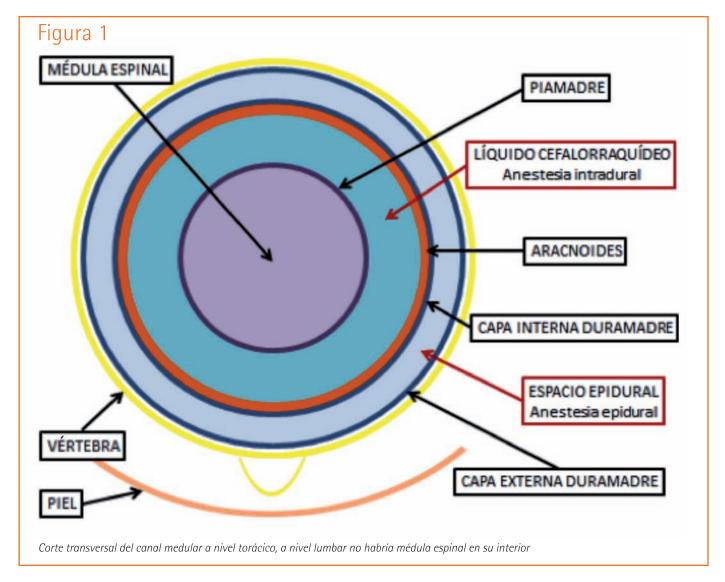
Las complicaciones graves son muy poco frecuentes, por lo que si no existe contraindicación se aconseja la técnica de analgesia epidural para el control del dolor del parto por ser la más eficaz y segura.

# zonahospitalaria

 $www. zonaho spitalaria. com % \label{fig:com} % \label{fig:comparison} % \label{fig:compariso$ 

# SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN

Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web <a href="https://www.zonahospitalaria.com/suscripciones/">www.zonahospitalaria.com/suscripciones/</a> y envíenos su correo electrónico



# ¿Qué es la cefalea postpunción dural?

Lucía Bentué Oliván, María Abad Sanz y Julia Ungría Murillo

Facultativos Especialistas de Área. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital de Barbastro. **Oscar Sambia Novellón** 

DUE del Área Quirúrgica. Hospital de Barbastro.

María Cristina Bentué Oliván

Médico Interno Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Royo Villanova de Zaragoza

La llamada cefalea postpunción dural es una complicación derivada de aquellas técnicas anestésicas en las que se realiza una punción en la espalda a nivel lumbar para anestesiar extremidades inferiores y la mitad inferior del abdomen. También puede derivarse de otras técnicas diagnósticas o terapéuticas en las que también se realiza la punción lumbar.

Para entender por qué sucede esta complicación repasaremos brevemente la anatomía de la columna vertebral y la médula espinal relacionada con estas técnicas anestésicas. La columna vertebral está formada por 33 vértebras que mediante articulaciones y ligamentos forman una estructura estable y un conducto en el cual se encuentra la médula espinal, el canal medular. Aunque el canal se extiende a lo largo de toda la columna, la médula espinal termina a nivel de la primera o segunda vértebra lumbar, de manera que las punciones se realizan por debajo de ese nivel, donde no hay médula.

La médula está envuelta por tres capas o meninges: duramadre, aracnoides y piamadre (ver imagen). La piamadre es la capa más interna, envuelve a la médula estando en contacto directo con ella. La aracnoides es la siguiente capa más externa. Entre piamadre y aracnoides hay un espacio en el cual se

encuentra el líquido cefalorraquídeo. Es en este espacio, en el líquido cefalorraquídeo, donde se deposita el anestésico local de la llamada anestesia intradural, que se administra para algunas intervenciones quirúrgicas del hemicuerpo inferior (prótesis de rodillas, de cadera, hernias inguinales...). La tercera capa, y más externa, es la duramadre, que a su vez se compone de 2 capas, una en contacto con la aracnoides y otra más externa en contacto con las vértebras. En el espacio que hay entre estas dos capas de la duramadre es donde se deposita el anestésico local de la llamada anestesia epidural, que se administra en las embarazadas para el trabajo de parto.

(Ver Figura 1)



torácico, a nivel lumbar no habría médula espinal en su interior.

Así pues, la cefalea postpunción dural consiste en un dolor de cabeza (cefalea) que aparece después de una punción lumbar. La causa de esta cefalea es la excesiva salida de líquido cefalorraquídeo por el agujero de punción en la capa que lo contiene (aracnoides y capa interna de la duramadre). En el caso de la anestesia epidural, la aguja no perfora esta capa, pero se puede perforar o rasgar de manera accidental si la punción es dificultosa. En el caso de la anestesia intradural sí se perfora dicha capa, y aunque la aguja suele ser de características especiales para evitar la salida del líquido cefalorraquídeo, en función de las

punción, se puede producir.

El 66% de las cefaleas aparecen en las primeras 48 horas tras la punción, y el 99% del total en los 3 primeros días tras la punción. Raramente aparece de manera inmediata (en las primeras 12 horas) o más allá del cuarto día. La duración de la cefalea tiene un promedio de 4 días. En general se localiza en región frontal, occipital y nuca. La intensidad es variable, pudiendo llegar a ser incapacitante. Suele disminuir o desaparecer en cuando el paciente se tumba, y reaparece o se acentúa cuando se levanta. Puede ir acompañado de rigidez de nuca, nauseas, vómitos, mareos, alteraciones visuales, auditivas y depresión.

Hay factores que se asocian a la aparición

y mayor intensidad de esta cefalea: mujer, joven, embarazada, deshidratación, esfuerzos posteriores a la punción, historia previa de cefalea postpunción dural.

El tratamiento consiste en hidratación, analgésicos, reposo y cafeína. Si la cefalea persiste se pueden realizar técnicas: nueva punción dural para reponer líquido, o para cerrar el agujero de salida del líquido con una pequeña cantidad de sangre del paciente que crea un

Aunque se trata de una complicación que puede llegar a ser incapacitante y que crea una gran incomodidad, es una patología benigna, que no implica gravedad ni secuelas posteriores.



# Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria Aragón necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.

N° caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com



# La eyaculación precoz

Sancho López, Carlota; Fantova Alonso, Alberto; Tejero Sánchez, Arlanza; Reyes Figueroa, AA; Hernández Martínez, Y.E; Gil Sanz, María Jesús.

Sº Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

La eyaculación es una acción refleja que ocurre como resultado de la estimulación sexual y que consiste en la expulsión súbita de semen a través de la uretra. La eyaculación precoz es un motivo poco frecuente de consulta urológica a pesar de que se trata de una entidad relativamente prevalente.

Se define de diversas formas:

- Eyaculación persistente o recurrente con mínimo estímulo o pronto tras penetración y antes de que lo desee
- Imposibilidad para retrasar el eyaculado para disfrutar de la relación sexual (15 segundos tras el inicio) o eyaculación sin erección completa
- Eyaculación con mínimo estímulo o antes de desearlo, antes o pronto tras penetración y que causa estrés, con poco o control involuntario
- Ocurre 1 minuto tras la penetración, con imposibilidad para retrasarlo y que produce consecuencias personales negativas como estrés, frustración y evitan relaciones sexuales por este motivo.

## Tipos

Existen dos tipos de eyaculación precoz: la primaria y la secundaria

- Eyaculación precoz primaria: Ocurre antes de la penetración o pasado 1 o 2 minutos de la penetración desde la primera relación sexual. La causa es genética o neurobiológica. Tiene baja prevalencia y el tratamiento es médico.
- Eyaculación precoz secundaria: Se trata de la forma adquirida, tiene un comienzo gradual o brusco tras experiencias normales de eyaculación antes de su aparición. Puede ser debida a problemas psicológicos, disfunciones urológicas como disfunción eréctil o prostatitis, disfunción tiroidea, fármacos, drogas, alteraciones neurológicas,.... Pero también puede ser secundario al déficit de habilidades sexuales o la ansiedad ante la relación.

# Epidemiología

Se describen prevalencias variables en torno al 30%, la etiología es desconocida y existen diversos factores de riesgo.

Los factores de riesgo principalmente descritos son los siguientes:

- Raza negra/hispanos/islámicos.
- Predisposición genética.
- Mala salud global y obesidad.
- Inflamación prostática: prostatitis crónica.
- Alteración de hormonas tiroideas: hipertiroidismo.
- Problemas emocionales y estrés.
- Experiencias traumáticas.

Sin embargo no se ha encontrado relación con la edad ni el estado civil.

### Diagnóstico

Lo más importante para diagnosticar la eyaculación precoz es que produzca un impacto en la calidad de vida, produciendo disminución en el número de relaciones sexuales y la satisfacción de las mismas. Hasta el 78% de los pacientes no consultan.

Para diagnosticarla es importante diferenciarla de la disfunción eréctil.

La disfunción eréctil se define como la incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la suficiente rigidez del pene, mantenido al menos, durante 3 meses seguidos,



para permitir una relación sexual satisfactoria y debe producir un impacto en la calidad de vida.

Existen diversos cuestionarios para diagnosticar la evaculación precoz, o también se mide con el IELT (intravaginal ejaculatory latency time, tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal).

# Tratamiento

Se basa principalmente en modificación de la conducta y tratamiento psicológico, tratamientos tópicos y tratamiento farmacológico. El tratamiento psicológico se basa en control de la ansiedad, reestructuración cognitiva y autosensibilización corporal además de di-

versas técnicas descritas, como el Start-stop (parada-arrangue), squeeze technique (técnica del apretón en la base del pene o del glande). También se pueden realizar estrategias en pareja, las cuales serán quiadas por un sexólogo. Otro tratamiento clásicamente descrito es la utilización de anestésicos tópicos, como crema con lidocaína o prilocaína aplicada 20 o 30 minutos antes de la relación sexual.

Existe únicamente un tratamiento médico aprobado para la eyaculación precoz, se trata de un inhibidor de la recaptación de la serotonina, la dapoxetina, se administra vía oral, a demanda con un vaso de agua entero, para disminuir sus efectos adversos y aproximadamente 1 a 3 horas antes de la relación sexual. Se inicia el tratamiento con una dosis de 30

mg, y se aumentará la dosis a 60 mg si no es eficaz y ante ausencia de reacciones adversas. No se debe administrar más de un comprimido diario. Los resultados de este fármaco incrementan el IELT (tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal) de 1,75 minutos a 2,78 minutos con la dosis de Dapoxetina 30 mg, y a 3,32 minutos con la Dapoxetina 60 mg.

Las reacciones adversas más frecuentes con este tratamiento son náuseas, diarrea, cefalea y mareo.

También se puede asociar al tratamiento los fármacos utilizados para la disfunción eréctil porque aumentan la confianza y la percepción de mejor control y satisfacción y disminuyen la ansiedad. Se trata de los inhibidores de la 5 fosfodiesterasa.

























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



# Los antiestéticos y dolorosos "juanetes"

Dra. Amparo Santamaría Torroba

Especialista Rehabilitación. Centro de Atención temprana Zaragoza. Instituto Aragonés Servicios Sociales **Dra. Daime Pérez Feito** 

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA

Los juanetes (hallux valgus) son una deformidad del primer dedo del pie, que produce una protuberancia en el borde externo del mismo. Consiste en la desviación medial (hacia el centro del eje corporal) de la cabeza del primer metatarsiano y la aproximación del dedo gordo del pie hacia el resto de los dedos, que puede ocasionar incluso la superposición de los dos primeros dedos.. La afección puede llegar a ser muy dolorosa.

El antepié es la parte del organismo que soporta una mayor fuerza mecánica. Soporta la fuerza mecánica del peso, y también la dinámica del movimiento cuando impulsa a la persona hacia delante y recibe el impacto de cada apoyo. Tanto las fuerzas de roce como las de compresión son absorbidas por la planta del pie y trasmitidas al esqueleto. Por ello, en el antepié existen unos cuerpos grasos que se encargar de dispersar las presiones y proteger a los vasos y nervios de la zona.

### Causas

Los factores hereditarios son los más influyentes, aunque también pueden aparecer por reumatismos inflamatorios o por otras enfermedades del pie como los pies planos (apenas hay arco plantar) o los pies cavos (con exceso de arco plantar)

Las mujeres son más propensas a sufrir juanetes que los varones, sobre todo por el uso de tacones altos (a partir de 4 cm), así como un calzado demasiado estrecho en el antepié (parte anterior del zapato).

Existen tres tipos distintos de hallux valgus:

- Congénito: Muy raros. Son realmente anomalías congénitas de la articulación interfalángica del primer dedo
- Adquirido: Es la más habitual. Intervienen factores generales (herencia, edad y sexo; factores extrínsecos (uso de calzado inadecuado) y factores intrínsecos (malformaciones del pie, desequilibrio muscular,
- Patológico: aparece deformidad metatarso-falángica asociada a enfermedades como la artritis reumatoide o la gota.

En los Juanetes encontramos que:

- El dedo gordo rota en dirección hacia los otros dedos y se puede llegar a montar sobre el segundo dedo.
- El paciente siente dolor sobre la articulación donde se localiza el juanete y que empeora con la presión de los zapatos.
- La piel de la protuberancia puede presentar callosidades.

Estas deformidades condicionan por tanto: dolor, dificultades para calzarse, o problemas estéticos.

El dolor y la inflamación, que empeoran con el movimiento, son dos síntomas de los juanetes que se localizan bien en la zona en que se une el dedo con el resto del pie, o directamente sobre el juanete. Otras veces se presenta en la cara plantar (por debajo) de la articulación, en la cara plantar del antepié, o en todo el pie. El dolor en la parte interna suele deberse a callosidades dolorosas situadas sobre el juanete y, sobre todo, a la inflamación de la bolsa serosa. El dolor plantar está relacionado muchas veces con problemas articulares, como la artrosis.

# Diagnóstico

En la mayoría de los casos, el diagnóstico se puede realizar con una mera observación del especialista.

Es necesaria la exploración completa del pie para valorar las posibles alteraciones musculares que lo condicionan o que son consecuencia del juanete. El grado de movilidad del primer dedo (normalmente unos 30°), la presencia o no de crepitación en la articulación, el estado de la piel, de la sensibilidad, motilidad y los reflejos del pie son también evaluados.

Una radiografía del pie, además, puede mostrar un posible ángulo anormal entre el dedo gordo del pie y el pie y, frecuentemente, puede revelar el comienzo de artritis.

Podoscopia: valora de forma dinámica las alteraciones del pie.

Analítica: para detectar asociación con enfermedades sistémicas.

### **Tratamientos**

Si los juanetes no son dolorosos y no impiden utilizar el calzado, los especialistas aconsejan no operarlos. A veces se confunde la estética con la dificultad para calzarse. Cada pie requiere un tipo de zapato que se ajuste a



sus características.

El tratamiento de un juanete puede ser de dos tipos: conservador o quirúrgico.

El tratamiento conservador es la primera opción terapéutica. Se suelen administrar analgésicos y antiinflamatorios para reducir los síntomas. Se evitará el roce del zapato con el propio juanete, modificando o cambiando el calzado, de forma que tenga la parte anterior más ancha, se adapte al pie y lo sujete bien. Un paciente con pie plano asociado se tratará con una plantilla.

Es muy frecuente el uso de ortesis (dispositivos que se introducen en el calzado para corregir la forma de caminar), que tratan de evitar la deformación articular. Existen ejercicios que pueden ser útiles en caso de acortamientos tendinosos asociados.

La **cirugía** está indicada en aquellos casos dolorosos o en los que no permiten caminar con normalidad.

Existen más de 200 técnicas de corrección quirúrgica. El especialista determinará cuál

es la más idónea en cada caso, dependiendo del grado de deformidad, de la edad del paciente o de la causa. Aunque a pesar de que la cirugía puede redu-

cir el dolor en muchos pacientes es frecuente que, tras la operación, la persona tenga problemas para ponerse zapatos estrechos. Casos especiales: En el caso de los adolescen-

Casos especiales: En el caso de los adolescentes, éstos suelen tener más problemas a la hora de tratar los juanetes que los adultos ya que, en algunos casos, puede ser resultado de un problema óseo subyacente.

# ¿Se pueden prevenir?

Los expertos recomiendan la utilización de zapatos flexibles, sin demasiado tacón. Es aconsejable que sea un calzado que se adapte al pie sin que tenga una punta demasiado estrecha.

También es importante someter a los pies a baños de agua templada y sal para reducir la inflamación y utilizar apósitos que reduzcan la presión sobre el juanete si éste ya ha aparecido.











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



El contacto precoz piel con piel (CPP) entre la madre y un recién nacido sano tras el nacimiento es una práctica con multitud de beneficios tanto para la madre como para el recién nacido (1) por lo que las sociedades científicas y las instituciones nacionales e internacionales recomiendan su aplicación tanto en los partos normales como en las cesáreas. (2-5). Desde la publicación de la estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad, esta práctica se va implantando progresivamente en España y el CPP en los partos vaginales se realiza en casi todos los centros sanitarios. Sin embargo, cuando una mujer se somete a una cesárea, la separación de la madre y su hijo es la norma. En recién nacido se ingresa para su vigilancia hasta la llegada de la madre a la planta permaneciendo separados durante un tiempo variable.

Justo durante las 2 primeras horas después del nacimiento el bebé experimenta un estado que se denomina periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el trabajo de parto. Si se le deja en decúbito prono en contacto piel con piel entre los pechos desnudos de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil en alerta tranquila y, poco a poco, va reptando hacia los pechos (mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores), toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda (masticación, succión de su puño, lengüetada), se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor, y, tras varios intentos, comienza a succionarla. A partir de entonces, es más probable que haga el resto de tomas de forma correcta.

# Aumenta la tasa de lactancia

Esta conducta instintiva explica los claros beneficios de mantener este contacto entre madre e hijo. Aumenta las tasas de lactancia, mejora la estabilidad cardiorrespiratoria del recién nacido, la regulación térmica y metabólica, disminuye el stress del recién nacido por la separación de su madre, mejora la adaptación a la vida extrauterina y facilita el establecimiento del vínculo entre los dos(1). En la madre este contacto con su hijo y la succión del pecho, provocan un aumento de oxitocina y de las beta-endorfinas, de forma que mejora la contracción uterina y la eyección de calostro. Se reduce su nivel de estrés, y se favorece el establecimiento del vínculo entre ambos. Además de considerar los beneficios del CPP, es importante tener en cuenta los riesgos

de la separación. Ésta condiciona una lenta recuperación del stress del parto, dificulta el desarrollo del reconocimiento del olor materno lo que puede llevar a problemas para iniciar y establecer la lactancia. Incluso en algunos estudios se han visto actitudes menos cariñosas de la madre hacia su hijo y dificultad para establecer el vínculo a corto y largo plazo (6-8)

En el Hospital de Barbastro, el contacto precoz en las cesáreas se viene realizando desde el año 2008, esta práctica se ha ido implantando progresivamente, de tal forma que actualmente se ve como algo normalizado y se realiza de forma rutinaria en los casos en los que es posible. En un estudio observacional retrospectivo, se recogieron los nacimientos por cesárea en el hospital de Barbastro entre 2008 y 2010 (n=241), con el objetivo de valorar la realización del CPP en las cesáreas y conocer si esta práctica estaba relacionada con el establecimiento de la lactancia (9), se encontró que la probabilidad de que el bebé fuera alimentado con lactancia materna al alta del hospital era 2,336 veces mayor en los recién nacidos de cesárea que hicieron piel con piel.

Para unificar criterios e implementar la puesta en marcha se realizó un protocolo consensuado entre los servicios de Anestesiología, Ginecología y Pediatría y el personal de enfermería que recientemente se ha actualizado.

### Humanizar la cesárea

Nuestro objetivo es el de humanizar las cesáreas y conseguir que el nacimiento de un niño por cesárea sea lo más parecido a un postparto normal. Pero no hay que olvidarse de que una cesárea es una cirugía mayor susceptible de complicarse. En el año 2015 hubo en nuestro hospital 643 nacimientos, de los cuales 124 fueron cesárea. De estas en el 30% no procedía realizar el CPP por causas médicas y el 70% lo realizó en el quirófano sin incidentes.

Si por causas médicas no puede realizarse el CPP con la madre, éste puede realizarse con el padre o una persona cercana que haya sido elegida por la madre previamente. Realizar el CPP en cesáreas es seguro, aumenta la satisfacción emocional de la madre aumentando, disminuye su percepción dolorosa y además favorece el establecimiento de la lactancia(10). Muchas mujeres vienen de parto al hospital y no entraba en sus expectativas acabar en un quirófano sometidas a una cesárea. Estas mujeres sufren stress y miedo ante la operación, acentuándose en el momento de la separación de su hijo. En la mayoría de las cesáreas es posible realizar el CPP en quirófano y también en la sala de reanimación postanestésica siempre que las condiciones de la madre y el niño lo permitan y siempre que exista colaboración y formación del personal que lo realiza.

### Requisitos para realizarlo

- Cesáreas programada o de urgencia, bajo anestesia regional durante toda la intervención.
- Buen estado general materno, sin afectación hemodinámica ni de la consciencia y que no tengan dolor durante la intervención.
- Buen estado general del neonato, que lo valorará el pediatra.
- Ausencia de complicaciones quirúrgicas como sería el sangrado excesivo.
- Disponibilidad de personal suficiente para atender y vigilar al neonato tanto en el quirófano como en la unidad de reanimación. Antes de entrar al quirófano se explicará a la madre en qué consiste el procedimiento y se oferta independientemente del tipo de alimentación que hayan decidido dar a su hijo. La madre debe consentir su realización. Una vez en quirófano se procederá a anestesiar a la madre mediante anestesia locorregional evitando así administrarle anestesia general. Así mismo se intenta colocar el arco de separación de forma que quede espacio suficiente para que la madre pueda acoger al niño durante la intervención. Cuando la anestesia haya hecho su efecto se comenzará la cirugía. Durante toda la intervención la madre debe estar monitorizada con cables que darán información



sobre la tensión, el electrocardiograma y la saturación de oxígeno en la sangre. Todos estos cables se colocarán de tal forma que se deje libre su tórax para que no molesten al bebé cuando se coloque encima del pecho y tampoco haya interferencias en la medición de estas constantes. Durante la intervención es probable que la madre pueda sufrir mareos, hipotensiones, náuseas y vómitos debidos a los efectos secundarios de la anestesia y también a la propia cirugía. Por ello, el anestesista ha de estar vigilante y tratar lo más rápido posible estos síntomas para que esté tranquila y con buen estado general para recibir a su bebé. Tras el nacimiento, el bebé se estabiliza en la cuna térmica que está dentro del propio quirófano, tras secarlo, si todo está bien y no hay contraindicación se inicia el contacto piel con piel. Para ello el bebé se coloca desnudo, salvo el pañal, encima del pecho de la madre y es tapado con paños calientes. La mejor forma es cruzarlo ligeramente entre los pechos para que así no se resbale hacia el cuello de la madre. Hay que proporcionarles intimidad pero siempre la enfermera de pediatra observará al bebé y atenderá las necesidades de la madre. Si en algún momento la madre lo pide, no se encuentra bien o hay alguna complicación quirúrgica se interrumpirá. El contacto se puede mantener todo el tiempo de la intervención si esto es posible o interrumpirlo si hay algún problema o la madre lo desea. Es conveniente asegurar un contacto mínimo de 15 minutos. En nuestra experiencia, la mayoría de los recién nacidos pueden permanecer durante toda la intervención en CPP y muchos inician las conductas de búsqueda y realizan la primera toma de lactancia materna en el mismo quirófano.

Una vez acabada la intervención se debe favorecer la continuidad del contacto en la unidad de reanimación postanestésica si las condiciones del servicio, la mujer y el recién nacido lo permiten. Será especialmente importante para favorecer el inicio de la lactancia materna en los casos en los que la primera toma no se

haya realizado en quirófano. En esta sala, la mujer debe recuperarse de los efectos de la anestesia y se iniciará la analgesia que evitará el dolor los días siguientes. El anestesista le administrará fármacos o realizará otras técnicas más complejas con este fin. Esto es muy importante ya que si la madre presenta dolor le limitará a la hora de cuidar a su bebé incluso podría llegar a comprometer el inicio de la lactancia materna.

# Evitar que el primer contacto se retrase

En conclusión, el CPP en las cesáreas es una práctica recomendada, beneficiosa y segura. Disponer de un protocolo consensuado entre los servicios implicados permite aplicarlo como un procedimiento de cuidados habituales con el objetivo de conseguir un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, pero sin olvidar que se trata de una ciruqía mayor.

- Es importante entender la importancia de evitar que la primera puesta al pecho tenga lugar pasadas las dos primeras horas del nacimiento, para aprovechar el periodo sensitivo del recién nacido y evitar que el primer contacto de madre e hijo se retrase, puesto que entonces el niño entra en una fase de sueño fisiológico de recuperación del parto en la que es difícil que interactúe.
- La implicación del personal es imprescindible. La labor del anestesiólogo es fundamental para mantener estable a la madre y que pueda recibir a su bebé, la del pediatra y las enfermeras es valorar el bienestar del recién nacido y controlar su seguridad mientras dura el procedimiento.
- No son necesarios medios técnicos, sólo disposición, formación y adecuada vigilancia.
- La probabilidad de éxito de la lactancia materna es mayor.
- Reducir la separación madre-hijo y favorecer la participación de los padres conlleva humanizar el nacimiento favoreciendo una experiencia muy satisfactoria para la familia y además reporta beneficios fisiológicos.



Habitualmente, cuando se aborda la alimentación y nutrición, el protagonismo que se le concede al agua es escaso. En las personas mayores, el agua ha de contemplarse como un nutriente esencial y de primer orden, sin valor calórico o energético, pues carece de macronutrientes (hidratos de carbono, grasas o proteínas), pero con un aporte de micronutrientes no despreciable, en forma de minerales: calcio, fósforo, magnesio, flúor y electrolitos (sodio, potasio y cloro).

Esto ha de servirnos de reflexión y animar o sensibilizar a las personas mayores, así como a los cuidadores y a los agentes de salud que les atienden, a fin de minimizar la incidencia de los problemas relacionados con una ingesta deficiente de agua y estimularles para conseguir mantener una ingesta líquida suficiente, que evite la deshidratación para la que tanta debilidad presentan los mayores.

# ¿Cuándo empieza la deshidratación?

El mecanismo de la sed se despierta cuando se ha perdido el 1-1,5 por ciento del líquido corporal, que es cuando comienza el proceso de deshidratación. Por ello, debemos establecer unas recomendaciones para las personas mayores, que amortiguarían las necesidades adicionales de líquidos, evitando cuadros de deshidratación y descompensaciones orgánicas, ante determinadas situaciones extraordinarias como un aumento de temperatura ambiental, problemas digestivos: pérdidas gastrointestinales (vómitos, diarreas, hemorragia, obstrucción intestinal), Pérdidas cutáneas en los problemas de salud que se

acompañen de respiración acelerada, situaciones en las que se produzcan aumento de las necesidades de líquidos como fiebre, calor, quemaduras, fibrosis quística, sudoración, actividad y ejercicio físico...

Pérdidas renales: nefropatía pierde sal, enfermedad de Addison, hipoaldosteronismo

Además, hay que tener en cuenta que algunos medicamentos que cotidianamente toman las personas mayores modifican y aumentan las necesidades de agua como los diuréticos, fenitoína, teofilina, broncodilatadores, laxantes. etcétera.

# Características del agua para los mayores

- El agua debe ser sin gas para evitar las flatulencias, salvo en casos excepcionales en los que así se prescriba para evitar dispepsias.
- El agua no debe ser muy rica en minerales, para evitar desequilibrios hidroelectrolíticos y descompensaciones de patologías como la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, etcétera.
- No es necesario que toda la ingesta externa de líquidos se efectúe exclusivamente a expensas de agua, se pueden utilizar alternativas adaptándose a las apetencias individuales con leche, zumos, infusiones, tisanas, caldos, sopas, gazpacho, gelatinas...
- En épocas estivales utilizar alimentos ricos en agua: leche entera o preferentemente desnatada o semidesnatada, yogur, verduras, fresa, sandía, melón, zumos...
- El agua se debe tomar a una temperatura agradable. Se considera óptima entre 12-14 grados centígrados. Evitar temperaturas más frías por irritaciones faríngeas (faringotraqueitis)...
- Las bebidas isotónicas son las recomenda-

das. No deben superar el 12 por ciento de su contenido en hidratos de carbono, para que no interfieran la absorción del líquido.

• Buscar sabores fuertes, con edulcorantes, incluso limón, lima. Resultan muy útiles también ante problemas deglutorios.

### ¿Cuándo beber?

- La ingesta se efectuará gradualmente a lo largo de todo el día, forzando más en la mañana y tarde, para evitar los despertares y la incontinencia nocturna.
- En cada comida (desayuno, comida, merienda y cena) se debe tomar un vaso de agua para favorecer la ingestión de sólidos. Evitar beber inmediatamente antes, así como sobrepasar 1,5 vasos durante las comidas, pues provoca llenado gástrico y saciedad.
- Estimular para que la persona mayor ingiera una cantidad adecuada de líquidos al día (1,5 a 2 litros).
- Aconsejar que si se aumenta la fibra dietética, es necesario también aumentar la ingestión de líquidos para prevenir la impactación fecal.
- Tomar cerveza a diario tiene una influencia negativa para el estreñimiento crónico.
- Durante los períodos existentes entre las comidas, tomar al menos de 4-6 vasos de agua fraccionados.
- En personas que necesiten suplementos, la presentación líquida del mismo tiene un menor efecto saciante y mejora la ingesta especialmente en pacientes edéntulos o sin dientes, o pacientes con escaso apetito.
- La modificación de la textura de los líquidos es especialmente impostante en pacientes ancianos con disfagia orofaríngea para que se mantengan adecuadamente hidratados y libres de aspiraciones traqueobronquiales.



Adib Reyes, Yumaira Hernández, Ramiro García, Arlanza Tejero, Alberto Fantova , María Jesús Gil. Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

La disfunción eréctil es la incapacidad persistente, completa o parcial, para alcanzar o mantener una erección peneana con rigidez suficiente que permita unas relaciones sexuales satisfactorias. Es sinónimo de impotencia sexual, pero hoy en día se prefiere el término de disfunción eréctil.

Se trata de un síntoma que es producido por numerosas enfermedades que pueden afectar al varón, lo que repercute en la pareja y el entorno del paciente. Todo esto unido, afecta a la calidad de vida del paciente, ya que en la sociedad actual el fallo de la rigidez peneana a veces supone una tragedia, lo cual conlleva a complejos y vergüenzas por parte del varón.

# ¿Afecta a muchos hombres?

La disfunción eréctil es el fallo sexual mas frecuente en el hombre. Aumenta con la edad y con ciertas patologías médicas como la diabetes y la hipertensión arterial, entre otras. Hasta el 40% de los varones de 40 años tiene algún grado de disfunción eréctil y hasta el 75% de los varones mayores de 70 años pueden presentarla.

### ¿Por qué me pasa esto a mí?

Las principales causas de disfunción eréctil son las siguientes:

• Causas psicológicas: el pene no tiene ninguna alteración física, pero problemas psicológicos como la ansiedad (provocada con frecuencia por el miedo a no conseguir una erección o a defraudar a la pareja), la depresión, los problemas con la pareja e incluso el estrés pueden afectar al acto sexual. También

la preocupación excesiva por los problemas laborales, sociales o familiares puede conllevar el que no se dedique la atención necesaria al acto sexual. La fatiga, la inapetencia, la falta de ejercicio, el insomnio o un fracaso laboral también desequilibran los reflejos sexuales.

- Causas vasculares: son muy habituales. El pene no puede acumular la sangre necesaria para que se produzca la erección, generalmente porque no llega en suficiente cantidad. Fumar, sufrir hipertensión arterial, diabetes, algunas enfermedades cardíacas y variaciones en los niveles de colesterol en sangre pueden provocar trastornos vasculares que dificultan la erección.
- Causas neurológicas: en estos casos se produce una interrupción en la transferencia de mensajes del cerebro al pene porque existe una lesión en los nervios implicados. Esto ocurre en las lesiones de la médula espinal, la esclerosis múltiple o las intervenciones quirúrgicas de la pelvis.
- Causas hormonales: son poco frecuentes. Generalmente se deben a una falta de hormonas sexuales masculinas.
- Causas farmacológicas: Existen fármacos que tienen como efecto secundario disminuir la capacidad de tener una erección. Entre ellos, algunos utilizados para tratar la hipertensión, las enfermedades cardíacas y los trastornos psiguiátricos

# ¿Estos problemas tienen solución?

La gran mayoría de hombres con problemas de erección pueden recibir diferentes tratamientos. Son eficaces y seguros si se toman siguiendo los consejos del médico, y pueden llegar a solucionar su problema. El tratamiento debe basarse primero en la identificación de las causas que producen la disfunción eréctil. El tratamiento más frecuente para los problemas de erección es el tratamiento oral mediante los llamados inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (PDE5). Producen la dilatación de las arterias, aumentando la entrada de sangre al pene y con ello facilitan la erección. Para que esto se produzca es imprescindible el estímulo sexual.

Estos fármacos tienen diferentes características debiendo adaptarse a las necesidades de cada paciente, Se pueden tomar a demanda, con un inicio de acción rápido y una duración del efecto de 4-6 horas, o bien tomar de forma diaria, disminuyendo la ansiedad del paciente y permitiendo tener la erección en cualquier momento.

Otras alternativas a los fármacos orales son:

- Inyecciones en el pene: la sustancia inyectada tiene una acción local que facilita la erección.
- Dispositivos de vacío: provocan un vacío haciendo que el pene se llene de sangre y se produzca la erección.
- **Cirugía:** Cuando los métodos anteriores no son eficaces, puede estar recomendada la colocación de una prótesis de pene.
- Tratamiento hormonal: se utiliza cuando la causa de la disfunción es hormonal, un déficit de testosterona por ejemplo.
- Tratamiento psicológico: está indicado en aquellos hombres con problemas de erección de causa psicológica o mixta.

Es importante recordar que sólo su médico puede decidir cuál es el tratamiento más adecuado para su caso.

















# La mejor salud, con el deporte

# Visita nuestra tienda online Para estar más cerca de ti





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



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

www.lapuertaverdepanticosa.com