medicina salud
# zonahospitalaria
aragón
edición digital

Síguenos en: https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/ https://twitter.com/ZHospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoIV enerofebrero2019 nº19

## SUMARIO

**3** Cómo reducir el riesgo de amputación por pie diabético

**4** La importancia del lavado de manos

**6** La disfunción sexual en el paciente con enfermedad cardiovascular

**8** La importancia de limitar el consumo de sal en los pacientes con insuficiencia cardiaca

**9** Entrenamiento del suelo pélvico masculino como tratamiento de patología urológica

**10** Hierbas medicinales y sus efectos en el periodo perioperatorio

**11** La menopausia y el síndrome genitourinario

**12** Estimulación del bebé

**13** Microcalcificaciones testiculares

**14** Discapacidad y dependencia

**16** La puerta verde de Panticosa

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

# Abrigarse y alegría

**Zona Hospitalaria Aragón (Edición digital) /** 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** 948 276 445
**Depósito Legal:** NA 2225/2014 **ISSN:** 2386-8651.

© **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.

# Este texto lo está leyendo un futuro paciente/cliente tuyo. Aprovecha la oportunidad que te ofrece la edición digital de Zona Hospitalaria Aragón para llegar a ellos.

- Revista escrita por los médicos y profesional sanitario de Aragón.
- El pdf de la revista lo reciben cerca de 3.000 suscriptores y todos los Colegios Oficiales, Sociedades, Fundaciones y Asociaciones de Aragón vinculados con la medicina y la salud.
- La página web (según Google Analytics) ha sido visitada por más de 2.084.965 de personas en 2018 siendo el mes de octubre con 217.628 personas el mes con mayor número de visitas de todo el año.
- La pagina web supera los 1.600 artículos publicados.

Solicita tarifas: aragon@zonahospitalaria.com T 948 276 445

# Cómo reducir el riesgo de amputación por pie diabético

OXIEN
Rehabilitación Hiperbárica

"La diabetes es la primera causa de amputaciones no traumáticas en los países desarrollados y, de hecho, un estudio publicado en la revista científica 'Diabetes & Vascular Disease Research' revela que la tasa de amputaciones es seis veces mayor en pacientes diabéticos que no diabéticos.

"La oxigenoterapia hiperbárica (OHB) consiste en una terapia «basada en la respiración de oxígeno puro a una presión superior a la presión atmosférica, en el interior de cámaras especialmente preparadas para ello y que logran acelerar el proceso de cicatrización de úlceras y heridas», explica la doctora.

## ¿Qué repercusión y alcance tiene la diabetes?

La medicina hiperbárica, terapia basada en la aplicación de oxígeno a alta presión, permite reducir el riesgo de amputaciones por pie diabético al acelerar el proceso de cicatrización de úlceras y heridas. Así lo afirman los expertos reunidos en la I Conferencia de aplicación Clínica de la Medicina hiperbárica que tuvo lugar el pasado año en las instalaciones de Oxien y que contaba con la presencia de la Dra. Eva Sanz, Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH).

La diabetes es la primera causa de amputaciones no traumáticas en países desarrollados. Además, se estima que la mitad de las amputaciones de miembros inferiores en todo el mundo se deben a esta enfermedad, según datos de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEV).

## ¿En qué consiste el pie diabético?

El pie diabético es una alteración de origen principalmente neuropático inducida por la hiperglucemia, que supone "un importante problema de salud, con gran impacto social, sanitario y económico, que altera la calidad de vida y puede derivar en una amputación", señala la Dra. Eva Sanz, Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH) y miembro del Comité Científico Asesor de Oxien.

Es por tanto, añade, "un motivo frecuente de consulta en los centros sanitarios al ser un tipo de heridas muy recurrentes".

El aumento de la glucosa en sangre provoca un estrechamiento de los vasos sanguíneos que repercute en la circulación de la sangre y en la llegada de oxígeno y nutrientes a los tejidos del pie, favoreciendo la aparición de úlceras o heridas con poca tendencia a la cicatrización.

Por todo esto, "una buena alternativa para estos pacientes y complementaria a su tratamiento es la medicina hiperbárica ya que, al mejorar y acelerar la cicatrización gracias al incremento de oxígeno, permite reducir el número de consultas, curas y costes, y disminuir las amputaciones", afirma la doctora.

## ¿Ayuda el oxígeno hiperbárico para cicatrizar heridas?

Una investigación reciente publicada en Undersea & Hyperbaric Medicine confirma el efecto positivo de la terapia con oxígeno hiperbárico en el proceso de curación de una úlcera diabética. "La oxigenoterapia hiperbárica (OHB) aumenta de manera notable la cantidad de oxígeno disuelto en el plasma, lo que permite recuperar la función celular de los tejidos dañados, controla la infección y acelerar el proceso de cicatrización, lo que reduce el riesgo de amputación", apuntaba la Dra. Eva Sanz, presidenta del SEMH.

# La importancia del lavado de manos

*Isabel Garrido Ramírez de Arellano.FEA Especialista en Medicina Intensiva.*
*Nekane Urrestarazu Esporrín. FEA Especialista en Anestesiología y Reanimación.*
*Jessica Valeria Hernández Pimienta. FEA Especialista en Ginecología y Obstetricia.*
*Mónica Zamora Elson. FEA Especialista en Medicina Intensiva.*
*Cristina Latre Saso. FEA Especialista en Anestesiología y Reanimación.*
*Hospital de Barbastro. Huesca*

**Las manos son las principales portadoras de gérmenes que causan enfermedades. Se calcula que cada año mueren 840.000 personas por enfermedades que se podrían evitar con el simple gesto de lavarse las manos con jabón.**

• Millones de niños menores de 5 años mueren a causa de enfermedades diarreicas y neumonía, las dos principales afecciones que matan a niños pequeños en todo el mundo.
• El lavado de manos es simple y barato, pero el lavado de manos con jabón puede, de manera notoria, reducir drásticamente la cantidad de niños pequeños que se enferman.
• El lavado de manos con jabón podría prevenir cerca de 1 de cada 3 episodios de enfermedades diarreicas y casi 1 de cada 6 episodios de infecciones respiratorias como la neumonía.

Este acto tan cotidiano y aparentemente sencillo puede levantar un muro de contención para que nuestro organismo esté protegido frente a la propagación de infecciones que se transmiten por el contacto con la piel, reduzca el número de microorganismos que se hallan en nuestras manos y nos prevenga ante el ataque a nuestra salud como el resfriado, la diarrea e incluso la hepatitis.

Nos lo decían nuestras mamás y nos lo repetían nuestros abuelos: "¡Lávate las manos!". Detrás de esa orden tan imperativa se esconden miles de años de sabiduría humana en la que hombres y mujeres han librado batallas muy duras contra las infecciones, muchas de ellas que tienen su origen y fuente de propagación en el contacto con las manos sucias.

## ¿Cuándo debemos lavarnos las manos?

Esta desinfección debe realizarse, como norma general:

• Antes y después de meternos en la cocina a preparar los alimentos: antes de comenzar a manipular los alimentos que daremos a nuestra familia, debemos cuidar mucho que nuestras manos estén desinfectadas para evitar que cualquier foco infeccioso se contagie a los menús y, por extensión, al resto de la familia.
• Sobre todo antes, pero también después, de las comidas: durante nuestro día a día nuestras manos son las herramientas con las que tocamos prácticamente todo lo que está a nuestro alrededor, lo cual contiene, casi siempre, bacterias que después pueden contagiarnos al coger con las manos la comida e ingerirla.
• Antes y después de ir al baño: la mayoría de las infecciones de orina se contraen tras el uso de baños públicos, y esto podría evitarse con el lavado de manos. Al entrar, para evitar que nuestras manos sucias puedan contagiar nuestros genitales, y al salir para evitar la trasmisión.
• Tras cambiar el pañal a un bebé o anciano.
• Tras el contacto con animales: las mascotas, por muy aseadas que las tengamos, también entran en contacto con agentes bacterianos que pueden ser transmitidos a las personas que las tocan posteriormente.
• Tras contacto con basura: los residuos alimenticios y su exposición al calor son un gran foco de bacterias.
• Antes y después de tocar o visitar a un enfermo: para prevenirlo a él por una parte, y evitar la transmisión por otra.
• Tras manipular dinero o documentos: se ha visto que los billetes pueden llegar a concentrar hasta más de 20000 bacterias.
• Después de toser o estornudar: ya que los virus pueden vivir varios minutos en nuestras manos y de esta forma ser transmitidos y contagiar.

## ¿Qué productos usamos?

• Se puede usar un desinfectante a base de alcohol, como medio habitual preferentemente para desinfectar las manos cuando éstas no estén visiblemente sucias. Es más rápido, más eficaz y mejor tolerado por las manos que lavarlas con agua y jabón.
• Usar agua y jabón cuando estén visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluídos, o después de usar el inodoro.

## ¿Cómo nos tenemos que desinfectar las manos?

Si usamos un producto a base de alcohol, debemos realizar los siguientes pasos invirtiendo un total de 20-30 segundos:

1. Deposite en la palma de su mano una dosis de producto suficiente para cubrir toda la superficie.
2. Frótese las manos entre sí.
3. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
5. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
8. Una vez secas, sus manos son seguras.

Si usamos agua y jabón, debemos realizar los siguientes pasos invirtiendo untotal de 40-60 segundos:

1. Mójese las manos con agua.
2. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.
3. Frótese las palmas de las manos entre sí.
4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
5. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
8. Enjuáguese las manos con agua.
9. Séquese con una toalla.
10. Sus manos son seguras.

## El secado

Como todos sabemos, el proceso del lavado de manos consta de tres pasos: lavar, aclarar y secar.

Tras enjuagarnos bien las extremidades retirando todos los restos de jabón, no podemos echar a perder el lavado de manos si un secado a conciencia. Las manos húmedas transmiten 500 veces más rápidamente las bacterias que la piel seca. Por ello es importante un buen secado, tanto de la palma como del dorso de la mano.

Siempre se recomienda que este secado se lleve a cabo a través de servilletas desechables. Pero si utilizas las toallas de tela de toda la vida, esfuérzate por cambiarla cada tres días y tener una sola por persona.

Después de usada, la toalla debe colgarse y quedar extendida sin arrugas para que se efectúe un correcto secado.

Es vital concienciarnos que las bacterias se multiplican tanto en las manos húmedas como en las toallas mojadas.

## El cuidado de sus manos

Para evitar que sus manso acaben dañadas por estos procedimientos, se pueden realizar las siguientes recomendaciones:

- Aplique de forma regular una crema o loción de manos protectora, como mínimo una vez al día.
- No se lave las manos con agua y jabón inmediatamente después de frotárselas con alcohol.
- No utilice agua caliente para lavarse las manos.

# La disfunción sexual en el paciente con enfermedad cardiovascular

***Daniel Grados Saso y Claudia Martínez Huguet.*** *Servicio de Cardiología/Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Huesca*
***María Mata Orús. Servicio de Urología.*** *Hospital de Barbastro. Huesca*
***Marta Castella. Servicio de Ginecología.*** *Hospital de Barbastro. Huesca*

**La disfunción sexual es un problema frecuente en los pacientes con cardiopatía. Su prevalencia se encuentra infraestimada debido a que es un tema tabú y por diversas razones muchos pacientes que la sufren no lo consultan con su médico. La prevalencia de la disfunción eréctil alcanza hasta el 52% en hombres entre 40 y 70 años, solo 23,4% diagnosticados, (aproximadamente 1 de cada 4); y sólo la mitad son correctamente tratados (el 51,4%).**

Las causas por las que el paciente no lo expresa son múltiples: desde considerarlo un problema secundario, no sentirse escuchados ni con suficiente confianza con el médico, pensar que son demasiado mayores o demasiado jóvenes para tener este problema o directamente por vergüenza.

Se considera disfunción sexual a la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, coito, orgasmo) que impide al individuo o la pareja el disfrute de la actividad sexual. En el varón lo más frecuente es la disfunción eréctil mientras que en la mujer lo es la pérdida de deseo.

La disfunción eréctil se considera predictora de angina y enfermedad cardiovascular en pacientes jóvenes (de manera similar a la que se obstruyen las arterias del corazón se pueden obstruir las arterias que aportan flujo sanguíneo a los genitales y así dificultar el acto sexual). En ocasiones precede a la aparición de un infarto, por ello es preciso consultar con el médico y en aquellos pacientes que posean más factores de riesgo cardiovascular, realizar una evaluación médica que permita detectar y tratar de manera precoz la enfermedad cardiovascular.

## Causas farmacológicas y psicológicas

En otros casos, aparece después de un infarto y tiene múltiples causas, entre ellas farmacológicas y psicológicas. Tras el alta hospitalaria por un ingreso por infarto o insuficiencia cardíaca se pasa a menudo a tomar varios fármacos nuevos que pueden provocar disfunción eréctil o empeorar una disfunción eréctil ya existente. Los medicamentos hipotensores pueden contribuir a ello, en especial los betabloqueantes. Esta medicación es importante porque ha demostrado mejorar de manera significativa el pronóstico tras un infarto pero en ocasiones puede tener este efecto secundario. En muchos casos la disfunción sexual puede mejorar o desaparecer con tratamiento. Ajustar el horario de toma de medicación cambiar el tipo de fármaco (dentro de los betabloqueantes, el nevibolol es el que menos disfunción eréctil produce) pueden ayudar.

El componente psicológico es fundamental. Después de sufrir un infarto, el paciente suele tener temores sobre su vida sexual. A menudo se pregunta si es posible volver a tener relaciones sexuales con naturalidad. Esto dependerá de la severidad de su enfermedad. , por ello es importante que pregunte a su médico. Como norma general, la actividad física que se realiza en una relación sexual con la pareja habitual es equivalente a la necesaria para subir dos pisos de escaleras. Si es capaz de subir dos pisos de escaleras sin tener dolor en el pecho o fatiga, será posible, desde el punto de vista físico, mantener relaciones sexuales con normalidad.

El tratamiento farmacológico de la disfunción eréctil es efectivo y seguro en el paciente con patología cardíaca si se toman ciertas medidas de precaución y siempre bajo supervisión médica. Los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (sildenafilo, más conocido por su nombre comercial (Viagra) o similares son eficaces y se pueden administrar en la mayoría de los casos. Nunca se deben tomar con nitratos (parches de nitroglicerina o tabletas orales o sublinguales como la cafinitrina) pues pueden producir una hipotensión grave.

## La disfunción sexual en la mujer

La disfunción sexual no es una patología exclusiva del varón. En el caso de la mujer el problema a menudo se oculta o se minimiza en mayor medida que en los hombres por cuestiones culturales. La paciente cardiópata se encuentra con problemas en su vida sexual que pueden afectarle de manera importante. El más marcado es la pérdida de la líbido (pérdida de deseo sexual). De la misma manera determinadas medicaciones utilizadas en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares pueden ocasionar trastornos sexuales en la mujer. Por ejemplo los diuréticos pueden causar menor lubricación vaginal y relaciones menos satisfactorias y la espironolactona puede causar disminución de sensibilidad a nivel de la glándula mamaria.

La vida sexual es importante para la calidad de vida del paciente. No se debe asumir como normal una disfunción que impide al paciente y su pareja el disfrute de la actividad sexual. Ello tiene consecuencias a nivel físico y psicológico. Para hallar soluciones al problema es necesario deshacerse de los tabúes o de la vergüenza que se pueda sentir al consultar esta cuestión con el médico. Los profesionales sanitarios debemos considerar la importancia del problema e interrogar a los pacientes acerca de su aparición.

## Bibliografía


Vlachopoulos C, Jackson G, Stefanadis C et al. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. European Heart Journal (2013) 34, 2034–2046

Fundación española del Corazón. Madrid: Sociedad Española de Cardiología https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/mas-salud/sexo-y-corazon/html

Schwartz B, Kloner R. Physician Update: Erectile Dysfunction and Cardiovascular Disease. Circulation. (2011);123:98-101

# La importancia de limitar el consumo de sal en los pacientes con insuficiencia cardiaca

***Laura Bolea Laderas y Nuria Guiral Fernández.*** *Facultativas especialistas en Medicina Interna*
***Clara Bibián Getino.*** *Facultativa especialista en Geriatría*
***Daniel Grados Caso.*** *Facultativo especialista en Cardiología*
***Cristina Piqueras Pla. DUE***
*Hospital de Barbastro, Huesca.*

**La insuficiencia cardiaca es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia, especialmente en las personas mayores. En estas circunstancias, el corazón posee una menor capacidad para bombear la sangre hacia el resto del organismo, pudiendo producirse una mayor retención de líquidos, con la consiguiente formación de edemas en las extremidades, mayor dificultad al respirar y por tanto, desencadenar un deterioro clínico del paciente.**

Una cuestión importante en este sentido, además de fomentar otros hábitos saludables como la realización de ejercicio físico en la medida de sus posibilidades o el abandono total del tabaco, es el de limitar el consumo de sal. Cuando popularmente hablamos de sal, nos estamos refiriendo al sodio, el cual se encuentra presente de forma natural en una gran cantidad de alimentos frescos y añadido en productos elaborados, conservantes y aditivos. En los pacientes con insuficiencia cardiaca es importante hacer hincapié en el cumplimiento de una dieta baja en sal o hiposódica, considerando esta medida como un pilar fundamental en el tratamiento.

## ¿En qué consiste una dieta baja en sal o hiposódica?

Una dieta hiposódica consiste en no superar la ingesta de 2-3 g de sal al día, que equivaldría a unos 25 g de sodio, con un límite en 2 g al día para aquellos pacientes que tengan una insuficiencia cardiaca en un grado severo. Una medida fundamental para poder cumplir una dieta de estas características es no echar sal adicional a las comidas, tampoco durante el cocinado. Es cierto que es una de las medidas más difíciles de tomar puesto que pueden resultar insípidas, pero se puede intentar potenciar el sabor con otras sustancias como el zumo de limón natural, la pimienta o el laurel entre otros.

## Condimentos permitidos en la dieta hiposódica

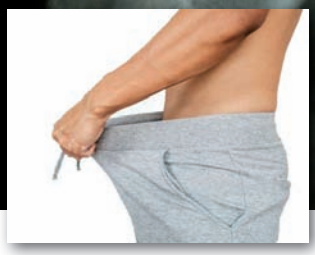
Ajo, Cebolla, Perejil, Hierbas provenzales, Vinagres, Pimienta blanca y negra, Comino, Romero, Aceite, Laurel, Limón y Mostaza.

Otra cuestión es la elección de alimentos que por naturaleza sean bajos en sal como los productos frescos, esto es aplicable a las frutas, verduras, carnes y pescados, así como a las legumbres. La correcta lectura de las etiquetas de los envases también es imprescindible, ya que en ellas se encuentra especificado el contenido de sal. En estas etiquetas puede aparecer denominado como cloruro sódico (NaCl) o mediante el símbolo químico del sodio (Na). La mayor parte de las ocasiones, los productos procesados y envasados contienen un mayor contenido en sal, por lo que deberán consumirse con mucha precaución por este grupo de pacientes, esto incluye las pastillas de caldo, sopas comerciales, alimentos congelados y precocinados, embutidos o la salsa de tomate enlatada. Por último, no debemos olvidar que si se consume agua mineral embotellada, se deberá optar por aquellas de mineralización muy débil que contengan menos de 5 mg de sodio por litro. Por norma general, se recomienda una adaptación progresiva, intentando adaptar los alimentos de consumo habitual a esta circunstancia.

El cumplimiento de una dieta baja en sal es sin duda una de las medidas dietéticas primordiales en los pacientes con insuficiencia cardiaca, habiendo demostrado un gran poder en la evolución clínica de la enfermedad junto al cumplimiento del tratamiento farmacológico, mejorando la sintomatología del paciente por una menor retención de líquidos, que puede conducir a una disminución en el número de ingresos hospitalarios y por tanto, a una mejora en su calidad de vida. No añadir sal a los alimentos, prestar atención a las etiquetas de los productos elaborados y aprender a utilizar otras especias para condimentar nuestras recetas habituales serán de gran ayuda en su cumplimiento.

# Entrenamiento del suelo pélvico masculino como tratamiento de patología urológica

*Santiago Ezquerro Sáenz, Clara Gareta Alquezar y Mª Jesús Gil Sanz*
*Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza*



**El suelo pélvico es un conjunto de músculos y ligamentos antigravitatorios que se encuentran en la base de la pelvis. Su función más conocida es la de retener las vísceras del abdomen y la pelvis, es decir sostener el aparato digestivo, urinario y reproductor. Así pues, es el responsable de controlar la continencia urinaria y anal.**

Los hombres, al igual que las mujeres, pueden ejercitar y entrenar su suelo pélvico. Es necesario y recomendable ejercitar dicha zona anatómica ya que mejora su calidad de vida. El entrenamiento del suelo pélvico está claramente más recomendado en aquellos varones que se van a someter, o se han sometido, a un tratamiento quirúrgico pélvico (como la cirugía prostática). También existen otras indicaciones de rehabilitación y beneficios en pacientes con otros trastornos como el síndrome de dolor pélvico crónico o disfunción eréctil o problemas en la eyaculación.

## ¿Hay diferencias entre el suelo pélvico masculino y femenino?

El suelo pélvico masculino no tiene por qué ser más fuerte que el femenino. El tono de base de la musculatura del suelo pélvico es individual de cada persona, independientemente del sexo, y está relacionada con factores de riesgo y la edad.

## Factores de riesgo debilitantes

El estreñimiento crónico es uno de los principales factores de riesgo de las disfunciones pélvicas. El embarazo, parto, postparto y menopausia también son factores que dañan el suelo pélvico femenino, produciendo atrofia y sequedad vaginal.

También, los deportes de alto impacto, como pueden ser el voleibol o el running, suelen tener una prevalencia de incontinencia de orina del 80%. Otros factores debilitantes comunes a ambos sexos son: sobrepeso u obesidad, edad, tos crónica, levantamiento frecuente de cargas o pesos, cirugías abdominales y/o perineales.

Los hombres, en particular, tienen asociado el factor de riesgo de la cirugía prostática como principal causa de incontinencia urinaria. A pesar de existir hoy en día nuevas técnicas quirúrgicas, y avance en cirugía laparoscópica y robótica, que han hecho disminuir estas secuelas de forma muy significativa.

## Ejercicios para fortalecer el suelo pélvico

Los ejercicios de Kegel hacen más fuerte el suelo pélvico, y se trata de aprender a realizar contracciones de dicha musculatura. Por norma general, el fisioterapeuta personalizará el tipo de ejercicios y contracciones a realizar en función de las necesidades y capacidades de cada paciente y patología a tratar.

En los hombres, los ejercicios de Kegel consiste en realizar contracciones repetidas de la musculatura pélvica: zona del esfínter uretral, anal o ambas. Se debe sentir cómo toda la zona que corresponde al conducto urinario, es decir, la uretra, así como la zona anal y su esfínter, experimentan una especie de cierre y elevación hacia el interior de tu cuerpo.

Hay que procurar que estas contracciones voluntarias del suelo pélvico no impliquen una contracción de los glúteos ni los aductores ni musculatura abdominal.

Se aconseja realizar dos o tres series al día, de aproximadamente 8-12 contracciones por serie que debemos mantener durante unos 8 segundos cada contracción. Es importante tener en cuenta que es mejor la calidad de las contracciones que la cantidad de las mismas, por lo que comienza realizando un número de repeticiones con el que te sientas cómodo y poder realizar la técnica correctamente.

## ¿Qué beneficios aporta en el hombre el entrenamiento del suelo pélvico?

- Mejora la incontinencia urinaria, en el caso de la incontinencia urinaria de esfuerzo (escapes de orina al toser, reír, correr...).
- Previene las infecciones de próstata (prostatitis aguda).
- Mejora la calidad de las erecciones y control eyaculatorio.
- Mejora de otras patologías como la incontinencia fecal, dolor pélvico y perineal...
- Aumento del bienestar físico y emocional.

# Hierbas medicinales y sus efectos en el periodo perioperatorio

*Nekane Urrestarazu Esporrín.* FEA Anestesiología y Reanimación
*Cristina Latre Saso.* FEA Anestesiología y Reanimación
*Isabel Garrido Ramírez de Arellano.* FEA Medicina Intensiva
*Mónica Zamora Elson.* FEA Medicina Intensiva
*Hospital de Barbastro. Huesca*

**Cada vez es más frecuente el uso de productos naturales y plantas medicinales entre la población, sin ser del todo conscientes de sus efectos, sobre todo durante el periodo perioperatorio. En este artículo abordaremos de forma breve las plantas medicinales más comunes y sus alteraciones, sobre todo a nivel de coagulación y sedación, que podrían interferir en la anestesia y la recuperación postoperatoria.**

Según diferentes encuestas, hasta un 35% de los pacientes que pasan por la consulta preanestésica antes de operarse toman plantas medicinales. La mayoría de los pacientes creen que se trata de terapias inocuas y seguras, pero hay diversas complicaciones descritas asociadas al consumo de plantas medicinales como infarto de miocardio, hemorragias perioperatorias, anestesia prolongada o inadecuada, y rechazo de órganos transplantados.

Resulta por lo tanto imprescindible conocer e identificar las plantas medicinales antes de una intervención quirúrgica para evitar potenciales peligros derivados de las mismas.

## Clasificación de plantas medicinales

Para hacer una clasificación sencilla, hablaremos de tres tipos de plantas medicinales:

**1. Plantas medicinales con efectos sedantes**

- Kava (Piper methysticum), Kava kava o Tonga: Provoca efecto dosis-dependiente de sedación e hipnosis, y potencia los efectos sedantes de fármacos anestésicos produciendo un retraso en el despertar. Asímismo puede producir hipotensión perioperatoria, toxicidad hepática y antiagregación plaquetaria (que aumentaría el riesgo de sangrado). Se recomienda por tanto suspender su administración al menos 24 horas antes de la intervención quirúrgica.
- Valeriana (Valeriana officinalis): Usada habitualmente para tratar el insomnio. Produce sedación perioperatoria y retraso en el despertar de la anestesia. Se recomienda suspenderla 7 días antes de la cirugía.

**2. Plantas que alteran la coagulación**

- Ajo (Allium sativum): Tiene actividad antitrombótica por su efecto antiagregante plaquetario. Se han descrito efectos hematológicos graves al interaccionar con la warfarina (sangrado). Se recomienda suspenderlo al menos 7 días antes de la cirugía.
- Ginjko (Gingko biloba): Tiene al igual que el ajo un efecto antiagregante plaquetario. Aumenta el flujo sanguíneo y disminuye la viscosidad sanguínea. Se han descrito complicaciones hemorrágicas perioperatorias asociadas a su uso. Se recomienda suspenderlo 24-48 horas antes de la cirugía.
- Ginseng (Panax ginseng): Tiene efecto antiagregante, y puede producir hipotensión, hipoglicemia y hemorragias, por lo que se recomienda suspenderlo 7 días antes de la cirugía.
- Serenoa repens o palma de repollo: Tiene acción antiagregante y produce disfunción de las plaquetas por lo que aumenta el riesgo de sangrado perioperatorio. Se recomienda suspenderlo 2-3 semanas antes de la cirugía.

**3. Plantas con otros efectos**

- Hierba de San Juan (Hypericum perforatum): Interaccionan con múltiples fármacos, entre ellos los anticoagulantes orales, por lo que se recomienda suspenderlos al menos 5 días antes de la intervención.
- Equinácea: Pueden interaccionar con fármacos inmunosupresores, utilizados para evitar el rechazo de órganos trasplantados, por lo que se debería evitar en dichos casos.
- Efedra: Su principal compuesto activo es la efedrina, fármaco utilizado ampliamente en Anestesia para tratar la hipotensión o la bradicardia. Sus efectos se han asociado a numerosas reacciones adversas cardiovasculares y del sistema nervioso central (infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares). Se recomienda suspender su administración 24 horas previas a la intervención

## Conclusiones

Actualmente existe un elevado e importante consumo perioperatorio de plantas medicinales que pueden dar lugar a múltiples complicaciones. Es necesario interrogar a los pacientes en la consulta preanestésica sobre el consumo de dichas plantas ya que la mayoría de ellos no consideran que estos productos puedan tener efectos adversos para la salud. Asimismo es necesario conocer las repercusiones del consumo de las plantas para establecer unas recomendaciones útiles con el fin de evitar problemas durante el periodo perioperatorio.

# La menopausia y el síndrome genitourinario

*Dra. E. Rihuete Caro, Dra. M. Villagrasa García, Dra. M.R. Sieso Gracia y Dra O. Zubenko Stepanova*
*Servicio de Urología. Hospital Royo Villanova*

**El síndrome genitourinario de la menopausia se define como el conjunto de síntomas y signos genitales, sexuales y urinarios relacionados con la caída fisiológica de estrógenos y otros esteroides sexuales de la menopausia, que resultan molestos para la mujer y no son explicables por otras causas.**

Se estima que lo presentan al menos el 50% de las mujeres menopáusicas, con gran impacto en la salud sexual y la calidad de vida, y que menos del 25% de ellas reciben el tratamiento adecuado.

## Cambios fisiológicos en la menopausia

Durante la menopausia, el desarrollo folicular se detiene, trayendo consigo cambios hormonales de importancia. La síntesis de estradiol se reduce y el número de receptores de estrógenos en el tejido genitourinario disminuye.
En el tejido genitourinario el estrógeno mejora la irrigación sanguínea, la trasudación y la secreción glandular, las cuales en conjunto son responsables de la lubricación; también inducen la proliferación epitelial y mantienen la elastina y el colágeno de estos tejidos en niveles adecuados. La caída de estrógenos se traduce en un adelgazamiento epitelial, lubricación deficiente y niveles bajos del tejido de soporte, lo que conlleva a la atrofia genital. Así mismo se produce un descenso en la síntesis de andrógenos (testosterona ovárica) lo que conduce a una menor impulsividad sexual, disminución del tono vital, menor efecto euforizante y menor sensación de bienestar/vitalidad.

## ¿Qué clínica produce?

Se producen cambios epiteliales y en la microbiota vaginal, originando alteraciones anatómicas, funcionales, síntomas urinarios y propensión a las infecciones.
Los síntomas más frecuentes son sequedad vaginal y disminución de la lubricación en las relaciones sexuales, pobre deseo sexual y disminución de la excitación y del orgasmo, dispareunia (dolor en las relaciones sexuales), sangrado postcoital, prurito, quemazón o irritación genital, disuria, propensión a las infecciones urinarias y vulvovaginales, incontinencia urinaria y prolapsos de órganos pélvicos y frecuencia y urgencia miccional.

## ¿Cómo se diagnostica?

La base es una buena historia clínica orientada hacia la presencia de síntomas genitourinarios y la exploración física que pondrá de manifiesto signos como adelgazamiento de la mucosa vaginal, aplanamiento de pliegues y pérdida de las carúnculas himenales, pérdida de la elasticidad, fragilidad (petequias y sangrados ocasionales) y fisuras, sequedad de mucosa vaginal, leucorrea y/o secreción anormal, palidez o eritema, prominencia del meato uretral y eversión de la mucosa uretral, prolapsos de órganos pélvicos, retracción del introito y reabsorción de los labios menores.

## ¿Cómo se trata?

El tratamiento tiene como objetivo restaurar la fisiología urogenital y aliviar los síntomas. Debe ser personalizado, considerando la presencia o ausencia de síntomas sistémicos, y otras comorbilidades.
Como medidas generales se recomiendan modificaciones del estilo de vida como ejercicio, abandono del hábito tabáquico y evitar la obesidad.
En las pacientes con síntomas leves, principalmente de naturaleza sexual, o con neoplasias hormonodependientes (mama/endometrio) puede ser útil el uso de hidratantes vaginales no hormonales 2-3 veces a la semana y/o lubricantes vaginales previos a la actividad sexual.
Cuando los síntomas son moderados-severos, de predominio genitourinario, la terapia local con estrógenos parece ser la más efectiva, obviando la mayoría de los efectos adversos de la terapia hormonal sistémica, con escasa acción sobre el endometrio y mama.
Sin embargo, en las pacientes con síntomas moderados-severos, con síntomas vasomotores y osteoporosis, se recomienda la terapia hormonal sistémica con estrógenos, solos o asociados a progestágenos.
Estudios recientes han demostrado que el láser fraccionado CO2 es una opción terapéutica no hormonal efectiva; sin embargo, no está aún establecida su indicación.

# Estimulación del bebé

*Ana Carmen Valer Pelarda. Fisioterapeuta. Hospital Miguel Servet (Sector Zaragoza II)*
*Diego Calavia Sarnago. Fisioterapeuta de AP. CS Univérsitas (AP Sector Zaragoza III)*
*Gema Galindo Morales. Fisioterapeuta de AP. CS Delicias Sur (AP Sector Zaragoza III)*
*Mª Mar Sancho García. Fisioterapeuta. Hospital Miguel Servet (Sector Zaragoza II)*

**La información proporcionada a continuación, está destinada a padres de bebés, o a aquellos que lo van a ser en un futuro cercano, para que les sirva de ayuda en estos primeros meses.**

Es muy importante que, durante este tiempo, el niño se encuentre en un ambiente en el que se estimule su desarrollo psicomotor, entendiendo éste como el conjunto de habilidades que se observan en el niño de forma continua durante toda la infancia y que corresponden tanto a la maduración de las estructuras nerviosas como al aprendizaje que el bebé hace descubriendo su cuerpo y lo que le rodea.

Desde el primer momento, es primordial EL CONTACTO piel con piel con el bebé, ya que ayuda a su regulación, a la formación e integración de su esquema corporal y a establecer un gran vínculo con sus padres.

La estimulación del niño comienza desde que nace. Un bebé aprende mediante la exploración del entorno, por eso son necesarios diferentes tipos de estímulos: visuales, auditivos, táctiles, de movimiento... La gran tarea de los padres es saber acompañar al niño en las diferentes etapas de su desarrollo.

Durante el primer mes de vida, el bebé mantiene una posición fetal similar a la que tenía cuando estaba en el útero materno. Poco a poco irá extendiendo los brazos y las piernas-

Resaltamos tres puntos muy importantes en el desarrollo del niño estos primeros meses: favorecer el control de la cabeza, jugar bocabajo y estimular la manipulación.

## Control cefálico

En los primeros días y semanas de vida, el niño mantiene la cabeza a un lado, y poco a poco va aguantando más en la línea media. En esta etapa podemos estimularle para que mantenga la cabeza recta y también trabajar los giros hacia ambos lados. Ambas cosas las realizaremos utilizando juguetes sonoros (en los que el estímulo auditivo será el desencadenante del movimiento) o con luz (en los que primará el estímulo visual).

## Jugar bocabajo (Decúbito prono)

Es necesario que, desde el primer momento, varias veces al día, según tolerancia y con supervisión de los padres, se coloque al niño despierto en esta posición. En esta postura podemos también trabajar el control cefálico ofreciendo estímulos que llamen su atención. Esta fase es previa a otras como el rastreo y el gateo que le ayudarán a desarrollar un buen sistema vestibular, propioceptivo y visual.

Podemos decir que la postura bocabajo junto con un porteo bien realizado son grandes ayudas para prevenir deformidades de la cabeza.

## Estimular la manipulación (agarre)

Los muñecos blanditos o de diferentes texturas estimulan el tacto y serán ofrecidos primero cerca de la mano para favorecer el agarre. Al principio, el pulgar se encuentra alojado en la mano y los dedos están flexionados. Poco a poco se va abriendo y eso permitirá más adelante el apoyo palmar.

Alrededor de los dos meses se establece la coordinación mano – boca, en la que el niño descubrirá su mano llevándosela a la boca. Al final de los dos meses aparece la coordinación mano con mano, en la que va juntando las dos manos, y más adelante sobrepasará la mano la línea media.

Como conclusión final, decir que los padres del niño deben observar su postura y movimiento, y en el caso de que detecten que el niño adopta malas posturas mantenidas, que aparecen asimetrías en estructuras o en movimiento... deben acudir al pediatra para que lo pueda derivar a un fisioterapeuta especialista en tratamiento infantil.

Así mismo, se recomienda no abusar de dispositivos como hamacas que limitan el movimiento.

**No olvides que lo mejor para tu bebé es el contacto y el movimiento. Y ahora... ¡a disfrutar de cada una de sus etapas!**

# Microcalcificaciones testiculares

*Dra. O. Zubenko Stepanova, Dra. E. Rihuete Caro, Dra. M. Villagrasa García y Dra. M.R. Sieso Gracia*
*Servicio de Urología. Hospital Royo Villanova*

**El desarrollo de las técnicas de imagen en los últimos años nos aporta información cada vez más detallada y minuciosa; como consecuencia, es frecuente obtener hallazgos radiológicos sin clara relevancia clínica.**

Las microcalcificaciones testiculares suelen ser un hallazgo incidental en la ecografía escrotal.

## ¿Qué son?

Se definen como la presencia de ≥ 5 focos ecogénicos menores de 3 mm en el parénquima testicular sin sombra acústica posterior, distribuidos de forma focal o difusa. No causan dolor, no producen hipertrofia testicular ni son palpables.

Su etiología es controvertida, existiendo varias teorías fisiopatológicas de esta condición. Se originan probablemente por desprendimiento intratubular de restos celulares que posteriormente se calcifican. Otros autores sugieren que los microlitos tienen origen extratubular debido a defectos de la embriogénesis gonadal.

La prevalencia de microlitiasis en población sana varía de 0.6 a 10%. En varones asintomáticos la incidencia es de 2,4% aproximadamente, mientras que en presencia de algún síntoma la incidencia se eleva hasta 14,4%. Algunos grupos poblacionales (Sd Down, Sd McCune-Albright, pseudoxantoma elasticum, etc) se asocian a una mayor prevalencia de microlitiasis testiculares llegando hasta el 100% en algunos casos.

La microlitiasis testicular se puede clasificar según el número de microlitos por testículo: grado I: 5-10 microlitos; grado II: 11-20 microlitos; grado III: 21-30 microlitos; grado IV: 30 microlitos.

Es importante diferenciar las microcalcificaciones de las calcificaciones groseras dentro del testículo, que pueden deberse a granulomas postinflamatorios, flebolitos, infartos crónicos, tuberculosis, etc.

## ¿Es una lesión premaligna?

Históricamente se ha relacionado a las microlitiasis testiculares con el riesgo aumentado de cáncer de testículo, sin embargo, en las revisiones sistemáticas más recientes, se ha visto que las medidas adoptadas no ayudan a diagnosticar más casos de neoplasias de testículo. No obstante, el hallazgo de microlitiasis en pacientes con otros factores de riesgo conocidos (criptorquidia, atrofia testicular etc) es una condición premaligna que precisa seguimiento.

## ¿Afecta a la fertilidad?

Las microcalcificaciones testiculares se han visto asociados con la infertilidad masculina. Algunos estudios sugieren que podría estar en relación con una disminución de flujo arterial en el testículo causado por las microlitiasis. En varios estudios se vio que la concentración y motilidad de los espermatozoides es inversamente proporcional al grado de microlitiasis testicular. Los resultados obtenidos sugieren una posible asociación entre estas condiciones, aun así, sin poder demostrar su causalidad.

## ¿Seguimiento o no?

En los pacientes sintomáticos es necesario realizar estudio habitual, con prioridad ante la sospecha de escroto agudo o masa testicular palpable.

Ante un hallazgo de microlitiasis testicular grado I-II en una ecografía en un paciente sin factores de riesgo, no está indicado realizar seguimiento ecográfico ni biopsia testicular. Hay que tranquilizar al paciente y a la familia e indicar autoexploración periódica y seguimiento por su médico de cabecera.

En el caso de microlitiasis testicular grado III-IV sin factores de riesgo y de microlitiasis testicular grado I-II con factores de riesgo asociados a neoplasias testiculares (antecedente de tumor de células germinales, antecedente de criptorquidia, atrofia testicular (volumen < 12mL), antecedente familiar de primer grado de tumor de células germinales, alteraciones genéticas), se recomienda realizar control ecográfico anual, así como autoexploración.

En pacientes con factores de riesgo y microlitiasis testicular grado III-IV, aparte la ecografía escrotal está indicado realizar biopsia testicular.

Varones en estudio por infertilidad con hallazgo de microlitiasis es importante solicitar análisis seminal y valorar según los resultados.

**Para el Médico, Enfermera y Profesional Sanitario**

**Zona Hospitalaria Aragón necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.**
**Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones**
**Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com**

# Discapacidad y dependencia

*Ana Martínez González. Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de Barbastro, Huesca*
*Javier Moreno Díaz. Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

**En la actualidad se entiende por "discapacidad" la restricción de la capacidad funcional del ser humano. Es por lo tanto, aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, que a largo plazo afectan a la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad. Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.**

El modelo de discapacidad de la OMS vigente está representado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la discapacidad y de la Salud.

La CIF fue aprobada por la OMS en el 2001 para ser empleada de manera internacional. Las dos versiones anteriores (CIDDM, 1980) y CIDDM2 1990 contemplaban las consecuencias de la enfermedad, mientras que la CIF ha evolucionado hacia una clasificación de "componentes de la salud" en la que se hace un abordaje biopsicosocial.

Esta visión facilita hacer una diferenciación entre los diferentes componentes de la discapacidad como las deficiencias, actividades personales y la participación en la sociedad. También se describen factores ambientales y personales, componentes que van a influir en la adaptación en la sociedad de las personas.

## La ley de dependencia

La "dependencia" es la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana. Tres factores concurren en esta definición: la existencia de alguna limitación física o mental que merma las capacidades de la persona, la imposibilidad de realizar actos corrientes de la vida diaria y la necesidad de cuidados por parte de otras personas.

La Ley de Dependencia, es una Ley Universal a la que tienen derecho todos los ciudadanos y ciudadanas españoles que no pueden valerse por sí mismos por encontrarse en situación de dependencia. Con esta Ley nace el cuarto pilar del Estado de Bienestar, que configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, conocido como el SAAD. A través de esta ley se pretende alcanzar la autonomía personal de las personas dependientes y de sus cuidadores. Para ello, el Estado y las Comunidades Autónomas, se han dotado de unos recursos y prestaciones a los que podrán acceder todas aquellas personas que cumplan los requisitos establecidos en la Ley de Dependencia.

## Informe Olivenza de 2017

Según el Informe Olivenza de 2017 acerca de la situación general de la discapacidad en España, el número de personas con discapacidad en España es de 1.774.800 en edades comprendidas entre los 16 y 64 años. Un total de 608.000 (15%) con discapacidad viven solas en su domicilio. 1,39 millones de personas no pueden realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda. Los cambios demográficos experimentados

en las últimas décadas en España han traído consigo profundas transformaciones en la pirámide poblacional, entre ellas un proceso de envejecimiento notable. Uno de los posibles efectos es el aumento de las personas con discapacidad y dependencia, ya que la edad es un factor determinante en la aparición de este fenómeno.

Para atender a las necesidades del colectivo de personas con discapacidad y dependencia, se hace indispensable conocer sus circunstancias: cuántos son, qué limitaciones tienen o si disponen de ayudas y cuidados. Además, es importante comprender la realidad social y la calidad de vida de estas personas, como su acceso al empleo, el apoyo familiar, la discriminación o las barreras a las que se enfrentan.

## La mujer y la discapacidad

Según la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el 2008, el 58,9% de personas con discapacidad son mujeres aumentando este porcentaje a medida que vemos un envejecimiento poblacional. La discapacidad más frecuente es la patología osteomuscular afectando a la movilidad de los pacientes.

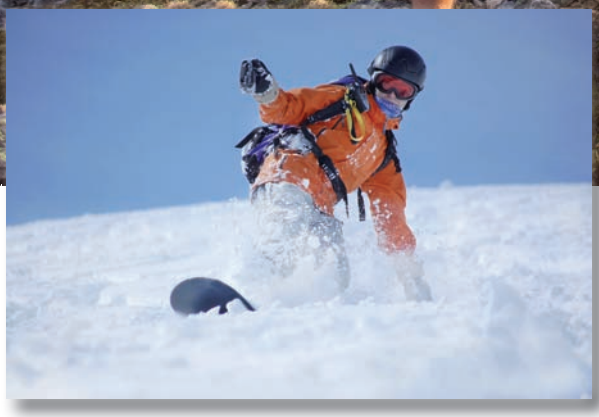
## El perfil del cuidador

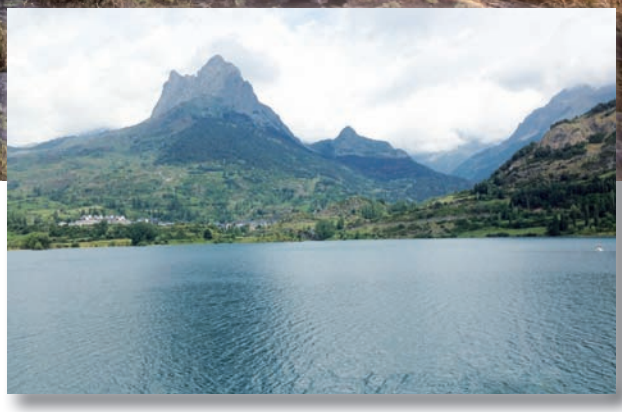
En relación al perfil del cuidador principal de las personas con dependencia, tres de cada cuatro cuidadores principales son mujeres de entre 45 y 64 años, que residen en el mismo hogar que la persona a la que prestan cuidados. Estos cuidados van a suponer una sobrecarga del cuidador principal manifestándose como cansancio físico y sobrecarga osteomuscular hasta alteraciones emocionales que puedan requerir en algún momento atención médica. La sobrecarga del cuidador se relaciona con el grado de deterior físico y cognitivo de la persona a la que cuidan.

Todo lo anterior pone en evidencia la necesidad de promover actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte.

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com

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





MERRELL · BOREAL · HH HellyHansen · THE NORTH FACE · SALOMON · trangoworld · HAGLÖFS

# La mejor salud, con el deporte

## Visita nuestra tienda online

Para estar más cerca de ti

la puertaverde
OUTDOOR·STORE

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

www.lapuertaverdepanticosa.com