medicina salud

zonahospitalaria aragón

www.zonahospitalaria.com añoII septiembreoctubre2016 nº61-7

EJEMPLAR GRATUITO

Por un otoño saludable

SUMARIO

3 Vivir sin miedo 4 Entendiendo la artritis reumatoide 6 El síncope de origen cardíaco 8 Cáritas: trabajando por la justicia 9 ¿Qué son los implantes dentales? 10 Los probióticos en Atención Primaria 12 Medicus mundi: Nuestro trabajo la Atención Primaria... 13 Diagnóstico del Cáncer de Próstata 14 Cuidados del paciente con disfagia 16 Musicoterapia en Esclerosis Múltiple 18 Comedores escolares 19 Importancia del sueño reparador en el paciente ingresado en UCI 20 ¿Qué es la gripe? 22 La vacuna de la gripe 24 Recuperación funcional en el anciano 25 ¿Tengo bocio o un nódulo en el tiroides?... 26 Diez pasos seguros para una vida "sin ansiedad" 27 Patología escrotal aguda 28 Obesidad, ¿a qué nos enfrentamos? 30 El Testamento Vital y la muerte digna 31 Cómo y cuándo del estudio por ecografía.

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** PYD (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.

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

Vivir sin miedo

Pilar Moros Borgoñón. *Psicóloga clínica-Coleg. A-399*
Gabinete de Psicología Clínica

El miedo es inevitable en el repertorio de reacciones humanas, nos aporta un grado de previsión y contención necesarios para evitar que los comportamientos que emitimos pongan en peligro nuestra integridad física, incluso nos ayudan a prevenir posibles consecuencias morales o éticas, donde no se menoscaba la autonomía personal y la independencia del ser humano.

El miedo surge de forma espontánea como una reacción instintiva ante estímulos que se perciben como potencialmente peligrosos o tras una reflexión y un análisis de la realidad que lo provoca. Se dan distintos niveles en función de la repercusión de los efectos que tiene para la persona que lo siente: el pánico incontrolable, irracionalmente bloqueador que paraliza para cualquier acción; el miedo fóbico, excesivamente intenso, se accede a conductas que evitan el estímulo fóbico; miedos provocadores de respuestas de ansiedad intensas (miedos a los cambios, a los conflictos, a la enfermedad, a la muerte, a la vejez, a la soledad...); y las reacciones de temor que crean una situación de alerta, permiten convertir el miedo en prudencia, y no influyen en ninguna pérdida de la capacidad de energía vital.

El miedo y la ansiedad

En el desarrollo de la vida se aspira a alcanzar la felicidad o estados semejantes a ella. Pero frente a la posibilidad de ser feliz se abre el abismo que representa el miedo, tanto el inespecífico como el concreto.

El miedo y la ansiedad suponen muchas veces elementos que paralizan iniciativas, sentimientos y decisiones. Se vive en el sufrimiento y desaparece la riqueza personal que supone vivir. El miedo se ubica entre los sentimientos humanos en relación con el temor a perder lo que se tiene o a no alcanzar lo que se desea, en la inseguridad respecto de un futuro que se quisiera garantizar o ante posibles situaciones agresivas de las que es preciso defenderse.

Tensión vital

Para que sea posible "Vivir sin miedo", sin que el temor bloquee el comportamiento y limite los sentimientos, propongo el intento de vivir con una adecuada "Tensión vital", que permite tener la sensación de estar vivos y tener la capacidad de disfrutar de cada pequeño aspecto que se viva.

Podemos definir la tensión vital como el grado de interés, entusiasmo, intensidad y voluntad de dar a nuestra existencia un sentido y una repercusión positiva. Su antítesis la encontramos en la tensa ansiedad que bloquea toda capacidad de gozar, o la apatía que justifica cualquier retraimiento en el comportamiento.

Para conseguir vivir la vida, es necesario la superación de los miedos, aceptarlos y no ignorarlos. El estado de tensión vital es posible alcanzarlo si nos proponemos trabajar en nuestro "ser", en la realización de conductas positivas hacia nosotros y hacia los demás.

PILAR MOROS BORGOÑÓN
Gabinete de Psicología Clínica
Alfonso X el Sabio, 6
50006 Zaragoza
976 380 936
moros.pilar@gmail.com

GABINETE DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ADOLESCENCIA: DEPRESIÓN/ANSIEDAD/OBSESIONES/MIEDOS/TIMIDEZ/ RELACIONES AMOROSAS/FRACASO EN LOS ESTUDIOS/AGRESIVIDAD/PASIVIDAD

ADULTOS: DEPRESIÓN/ANSIEDAD/FOBIAS/OBSESIONES/ESTRÉS…

PROBLEMAS PAREJA (COMUNICACIÓN/CELOS/CULPABILIDADES/ COMPORTAMIENTO AGRESIVO…)

FRACASO AMOROSO (DESAMOR, SEPARACIÓN, RUPTURA…)

APOYO PARA SUPERAR LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO

CONTROL DE LA AGRESIVIDAD, LA IRA Y LA AMARGURA

Entendiendo la artritis reumatoide

Dra. Marta Casorrán
Reumatóloga. Servicio de Reumatología Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Artritis y artrosis son términos que a menudo se utilizan indistintamente en la población general. Sin embargo, si bien ambos hacen referencia a enfermedades que afectan a las articulaciones, presentan grandes diferencias etiológicas, terapéuticas y pronósticas.

¿En qué se diferencian la artritis de la artrosis?

En general, la artrosis se considera un proceso degenerativo de "desgaste" del cartílago articular que ocasiona dolor (habitualmente con el uso de la articulación, mejorando en reposo) y deformidad de la misma. Aunque puede existir cierto grado de inflamación articular, no es característica.

Por el contrario, la artritis consiste en la inflamación de las articulaciones, y se manifiesta con dolor, hinchazón y dificultad de movimiento. El dolor de la artritis es característicamente más intenso a primeras horas del día (tras un periodo de inactividad prolongada), y no mejora con el reposo. Según la causa, existen distintos tipos de artritis (infecciosa, por depósito de microcristales, autoinmune...).

¿Qué es y por qué se produce la artritis reumatoide?

La artritis reumatoide es un tipo de artritis autoinmune, en la que se forman unos anticuerpos que actúan principalmente contra las articulaciones, dando lugar a su inflamación. Todavía se desconoce la causa de la enfermedad. Se sabe que existen alteraciones en el sistema inmunitario que activan una serie de procesos inmunes provocando la inflamación articular. Aunque no se trata de una enfermedad hereditaria, se han identificado numerosos genes implicados en estas alteraciones.

Se considera una enfermedad multifactorial, es decir, en una persona genéticamente predispuesta, se dan una serie de circunstancias (como la exposición a determinados microorganismos o al tabaco) que conllevan al desarrollo de la misma.

¿A quién afecta?

Afecta a 1 de cada 200 personas en España, siendo más común en mujeres que en hombres. Aunque puede debutar a cualquier edad, su comienzo es más frecuente entre los 40 y 60 años. El riesgo de padecer esta enfermedad es mayor en los familiares de pacientes con artritis reumatoide y en fumadores.

¿Qué manifestaciones produce?

Los síntomas más característicos son el dolor y la hinchazón articular, sobretodo de las muñecas y las pequeñas articulaciones de manos y pies, aunque puede afectar a casi cualquier articulación. El dolor cervical también puede deberse a esta enfermedad, mientras que la columna lumbar y dorsal no se ve afectada.

Estos síntomas se acompañan de dificultad para iniciar el movimiento, sobretodo por las mañanas, lo que conocemos como "rigidez matutina". Característicamente, esta rigidez es mayor de 30 minutos, a diferencia de la artrosis, en la que, aunque puede existir cierto grado de rigidez, su duración es menor.

Si la inflamación se mantiene en el tiempo, puede originar deformidad articular y pérdida de movilidad, pudiendo ocasionar discapacidad y disminución de la calidad de vida.

Aunque afecta principalmente a las articulaciones, se trata de una enfermedad sistémica, es decir, pueden aparecer manifestaciones a otros niveles: fiebre, cansancio, anemia, pérdida de apetito y de peso, hormigueos en manos y pies, tos, sensación de falta de aire, sequedad en los ojos o en la boca, manchas en la piel...

¿Cómo se diagnostica?

Muchas de las enfermedades reumáticas, como la artritis psoriásica o el lupus eritematoso sistémico, cursan con manifestaciones parecidas a las de la artritis reumatoide. Desafortunadamente, no existe una única prueba que diagnostique la enfermedad.

Como en gran parte de las enfermedades reumáticas, el diagnóstico se realiza con la suma de varios criterios establecidos por las sociedades científicas.

Ante la sospecha de que una persona pueda padecer esta enfermedad, debe ser remitida lo antes posible al reumatólogo, médico especialista en las enfermedades del aparato locomotor. Actualmente existen Unidades de Artritis Precoz que facilitan una atención rápida a estos pacientes. Un diagnóstico precoz implicará un tratamiento precoz, factores fundamentales para mejorar la evolución de la enfermedad.

El médico realizará un interrogatorio detallado y una exploración completa. Si lo considera necesario, solicitará una serie de pruebas para confirmar el diagnóstico de artritis reumatoide y descartar otras enfermedades. Una analítica general, la determinación de determinados anticuerpos como el factor reumatoide y de marcadores de inflamación, y la realización de radiografías simples son fundamentales en la valoración inicial. En determinados casos pueden ser necesarios otros estudios.

Pese a la realización de todas estas pruebas, en algunas ocasiones puede no llegarse al diagnóstico precozmente y es a lo largo de la evolución cuando se diagnostica. Otros pacientes pueden no cumplir criterios de artritis reumatoide ni de otras enfermedades reumáticas nunca, quedando catalogados como artritis indiferenciada.

¿Cuál es su tratamiento?

No existe un tratamiento curativo. No obstante, disponemos de un arsenal terapéutico extenso que nos permite controlar la enfermedad en un porcentaje cada vez mayor de pacientes.

No se ha demostrado que la alimentación influya en la enfermedad. Sin embargo, se recomienda evitar el sobrepeso y seguir una dieta sana y equilibrada. Aunque debe evitarse la sobrecarga articular y las posturas forzadas, es beneficioso realizar ejercicio físico regular como pasear o nadar.

Inicialmente, la artritis reumatoide se trata con fármacos antiinflamatorios, analgésicos y corticoides. El tratamiento precoz con los denominados fármacos modificadores de la enfermedad mejora el pronóstico de la enfermedad. Entre estos fármacos, el metotrexato es el más utilizado y sigue siendo la piedra angular del tratamiento pese a la aparición de nuevas terapias. Muchas veces es preciso combinar varios fármacos. La infiltración intraarticular de corticoide es otra técnica requerida con frecuencia. Cuando estas medidas no son suficientes, puede ser necesario pasar a un escalón terapéutico superior constituido por las llamadas terapias biológicas. Estas terapias actúan contra moléculas implicadas en procesos inflamatorios, frenándolos o disminuyéndolos. Sin embargo, su limitada disponibilidad y sus potenciales efectos secundarios hacen que sea necesaria una selección adecuada del paciente candidato a recibirlo por parte de su reumatólogo. Constantemente se están investigando nuevos fármacos para el tratamiento de esta enfermedad.

La cirugía puede estar indicada en determinados casos muy rebeldes y localizados, o para corregir deformidades.

En resumen…

La artritis reumatoide es una enfermedad de causa todavía desconocida que afecta fundamentalmente a las articulaciones. Aunque no se dispone de un tratamiento curativo, existen numerosos fármacos que nos ayudan a controlar la enfermedad en gran parte de los pacientes, permitiéndoles llevar una vida prácticamente normal. El diagnóstico y tratamiento precoz son los factores que más influyen en una evolución satisfactoria.

El síncope de origen cardíaco

Dr. Antonio Asso
Jefe Unidad de Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Un síncope es una pérdida de conciencia transitoria con recuperación espontánea motivada por disminución de riego cerebral. Sus causas y significado particular pueden ser muy diversas y su frecuencia varía según la edad, presencia de ciertas enfermedades, circunstancias asociadas, etc. En general, los síncopes de origen cardíaco son muy raros entre los sujetos "supuestamente" sanos. Cualquier artículo divulgativo como éste implica generalizaciones que pueden ser inexactas.

Con esta premisa, podemos definir el síncope de origen cardíaco (cardiogénico) a la pérdida de conciencia transitoria que se produce como consecuencia directa de un trastorno en la función del corazón. El síncope cardíaco destaca por sus potenciales y graves consecuencias ya que alerta sobre una patología subyacente trascendental.

La mayoría de estos síncopes cardiogénicos son motivados por determinadas arritmias y es importante resaltar que estos eventos 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 ni relacionarse habitualmente con circunstancias precisas. Ocasionalmente, estos síncopes cardíacos se asocian a palpitaciones intensas, pero, paradójicamente, la percepción de palpitaciones suele estar ausente entre quienes padecen graves enfermedades cardíacas aunque el mecanismo del síncope sea una arritmia rápida.

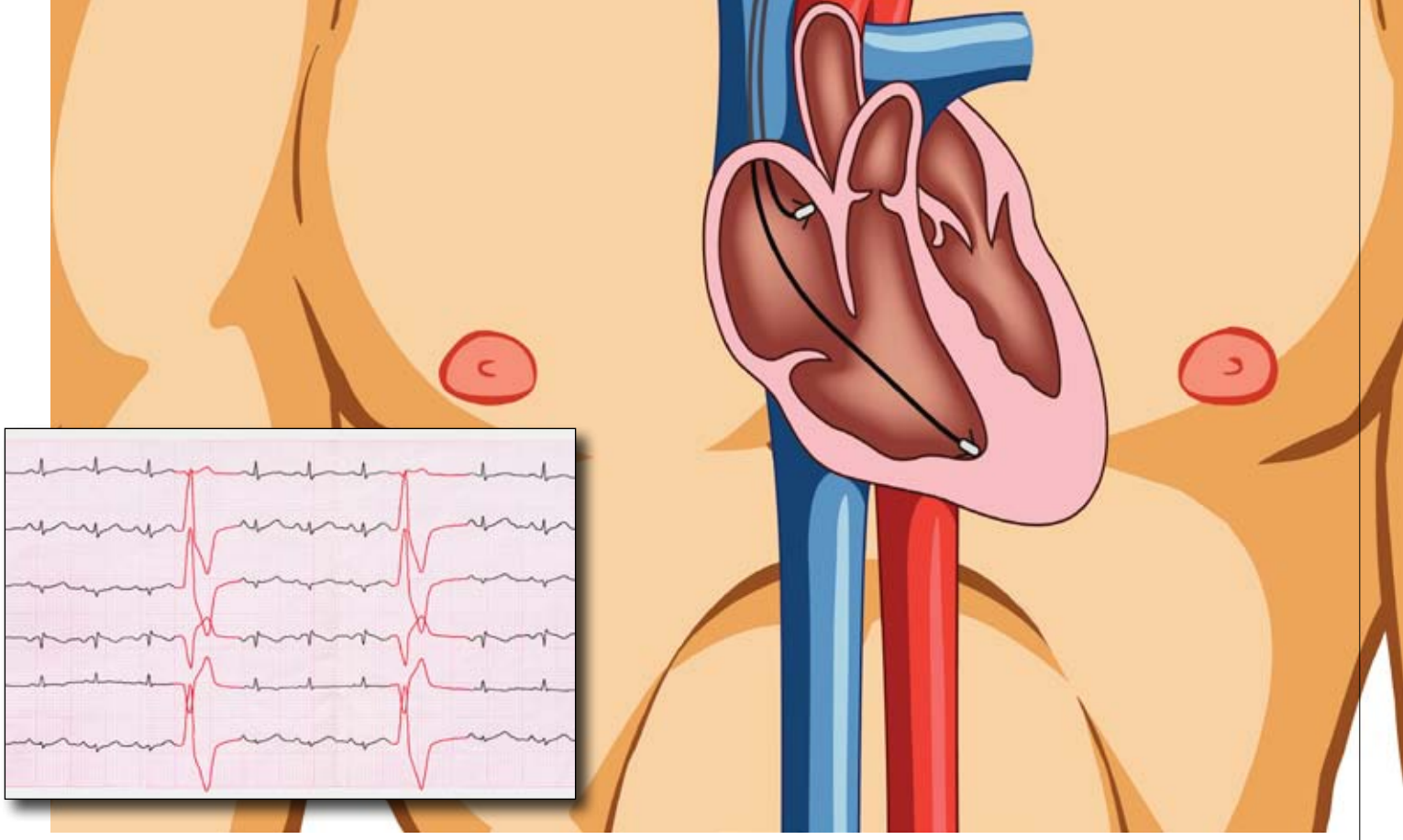
Entre la población general la causa más frecuente de síncope es un reflejo vasovagal que se origina por una caída de la perfusión cerebral motivada por una bajada de tensión arterial relacionada con una alteración transitoria de sus mecanismos reguladores. Las circunstancias en las que se desarrolla 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. En el síncope vasovagal la frecuencia de pulso puede llegar a ser muy lenta, pero esto se debe a un mecanismo reflejo que influye sobre el corazón, no por un trastorno cardíaco intrínseco.

La importancia de confirmar o excluir un origen cardíaco ante una pérdida de conciencia se fundamenta en que este tipo de síncopes son graves y de mal pronóstico si no se consigue detectar correctamente la causa que origina el síncope, a la vez que tal identificación previsiblemente posibilitará un enfoque terapéutico eficaz mediante diversas estrategias que dependerán del tipo concreto de arritmia que se trate: dispositivos implantables como marcapasos o desfibriladores, intervenciones (ablación con catéter), medicación, etc.

¿Cuáles son las causas de un síncope cardíaco?

Como se ha mencionado previamente, la gran mayoría de síncopes de origen cardíaco se deben a una arritmia. El trastorno del ritmo cardíaco concreto deberá definirse pues puede relacionarse con un ritmo muy lento o por el contrario con una frecuencia cardíaca muy alta.

Pulso lento y bloqueos. Cuando el ritmo cardíaco es anormalmente lento o el impulso eléctrico que el propio corazón inicia no se propaga convenientemente por todas las cámaras cardíacas se produce un "bloqueo cardíaco" y el paciente puede referir sensación de mareo muy brusco o síncope instantáneo con caída y traumatismo consiguiente. Tras esos segundos de bloqueo el pulso cardíaco puede normalizarse total o parcialmente, de manera que una evaluación posterior (minutos u horas después) mediante electrocardiograma, exploración física u otras pruebas puede resultar inconcluyente. La mayoría de estas personas exhiben un electrocardiograma en reposo con alguna alteración. La investigación del origen irá encaminada a demostrar esta



sospecha pues entonces podrá indicarse la implantación de un marcapasos que "curará" los síncopes al detectar automáticamente esos bloqueos y estimular entonces la contracción cardíaca mediante los impulsos del dispositivo de forma que el paciente suele quedar asintomático.

Pulso muy rápido. Por el contrario, en muchos enfermos cardíacos que sufrieron en el pasado un infarto o que padecen otras enfermedades cardíacas la causa del síncope no es un pulso lento sino todo lo contrario: un ritmo tan rápido que resulta inefectivo y ocasiona una brusca caída de tensión arterial y síncope, y que en ocasiones incluso puede provocar la muerte. Clásicamente, este tipo de arritmia denominado taquicardia ventricular se debe a que el impulso eléctrico "recircula" repetitivamente por unos circuitos que se desarrollan en el interior de la zona infartada del ventrículo meses o años después del propio infarto agudo. Este tipo de arritmias no se tratan con marcapasos pues como se ha referido estos dispositivos sólo resultan útiles para normalizar un pulso anormalmente lento.

En general, cuando una persona sana (sin enfermedad cardíaca) presenta una arritmia rápida o taquicardia repentina y carece de enfermedades cardíacas el síncope asociado es muy infrecuente. Por el contrario, cuando una persona tiene antecedentes de infarto u otras patologías cardíacas y sufre un síncope debe sospecharse un origen cardíaco. Si finalmente se confirma esta sospecha el enfoque de tratamiento seguramente incluirá el implante de un desfibrilador ya que estos dispositivos son capaces de interrumpir la arritmia maligna y evitar sus implicaciones vitales que conlleva.

¿Cuándo debe sospecharse que una pérdida de conciencia es de origen cardíaco?

En personas cardiópatas

En pacientes con antecedentes de patología cardíaca (infarto, miocardiopatía, etc.) debe sospecharse de entrada que el síncope sea de origen cardíaco, especialmente si es brusco en su instauración.

En personas aparentemente sanas

- si presentan alteraciones en electrocardiograma
- si tienen antecedentes de muerte súbita familiar
- si se asocia a palpitaciones intensas simultáneas o inmediatas
- si se ha iniciado recientemente alguna medicación

FEFIM

Artículo patrocinado por:

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA (FEFIM)

Cáritas: trabajando por la justicia

Departamento de Comunicación

©CáritasZaragoza

Cáritas Diocesana es el cauce oficial de la Iglesia que anima y promueve la acción caritativa y social con las personas que sufren marginación. Está integrada en la Confederación Cáritas Española y, a través de ella, en Cáritas Internationalis, integrada por 154 Cáritas nacionales, con presencia en 198 países.

En nuestros barrios y pueblos, las Cáritas Parroquiales representan el compromiso de la comunidad cristiana con las personas que sufren pobreza y exclusión; es el lugar de encuentro de la comunidad cristiana para un mejor servicio a los pobres. Está formada por personas voluntarias. En la Diócesis de Zaragoza hay 150 Cáritas Parroquiales.

Trabajamos con personas excluidas en proyectos, centros y servicios que son lugares de encuentro, acogida, formación e inicio de procesos de reinserción social; son también instrumentos de sensibilización y denuncia a la comunidad y a la sociedad sobre las duras condiciones en que viven muchas personas.

La organización Cáritas está compuesta por voluntarios que, desde la gratuidad, colaboran en las tareas que la institución lleva a cabo; y trabajadores que, desde su profesionalidad y compromiso, colaboran para que se hagan realidad los objetivos de la Institución.

La actitud y el talante de acogida fraterna son esenciales y básicos para promover la igualdad de oportunidades y son intrínsecos a la identidad de Cáritas. Si bien es importante responder a las carencias materiales, esta solución ha de ir acompañada de una alternativa promocional que contemple, siempre, el principio de igualdad, promoviendo procesos de mejora y cambio que permitan la autonomía y libertad de las personas y sus familias. La práctica de este principio nos llevará a descubrir y desarrollar las potencialidades que todo ser humano posee y que han de fomentarse en aras al reconocimiento y el desarrollo de sus derechos.

¿Cómo puede colaborar con Cáritas Zaragoza?

Participando como voluntario en los programas, proyectos o equipos de Cáritas Parroquiales. Compartiendo su tiempo y habilidades, trabajando junto a otros en favor de los últimos.

Inscribiéndose como socio, aportando una cuota mensual, trimestral o anual. Gracias a sus socios, Cáritas puede desarrollar y sostener proyectos con compromiso de continuidad en el tiempo. Más información: Cáritas Diocesana • Pº Echegaray y Caballero, 100. 50001 Zaragoza • T 976 294 730 administracion@caritas-zaragoza.es

Colaborando como Punto Selecto ofreciendo información publicitaria de Cáritas en su clínica/consulta/empresa.

Cooperando puntualmente con aportaciones económicas o de bienes al sostenimiento de las actuaciones de Cáritas:

- Por medio de las colectas de las diferentes campañas que se organizan en las parroquias.
- Aportando cantidades económicas en la sede de Cáritas Diocesana (Pº Echegaray y Caballero, 100).
- A través de la cuenta de Cáritas de Ibercaja y de Triodos Bank.
- También puede colaborar disponiendo en testamento, en forma de herencia o legado, la entrega de determinados bienes o efectivo, para el sostenimiento de programas concretos o actuaciones generales desarrollados por Cáritas.
- Regalando solidaridad: adquiriendo productos solidarios en **LA ARTESA** (C/San Voto 9, esquina C/Don Jaime).
- Colaborando con **A TODO TRAPO** Zaragoza con la entrega de ropa usada en sus contenedores rojos distribuidos a lo largo de toda la Diócesis. Más información y listado de contenedores en **www.fundacioncaritaszgz.es**
- Comprando en la nueva tienda **LATIDO VERDE** (Mariano Royo, 20) ropa, zapatos y complementos de segunda mano de gran calidad y garantía, ejerciendo de esta forma un consumo responsable y apostando por la inserción laboral.

policlínicasnacar

¿Qué son los implantes dentales?

Los implantes dentales son una alternativa segura y estética a las coronas, puentes y dentaduras postizas tradicionales. Debido a que las restauraciones con implantes tienen un aspecto y dan una sensación muy parecida a la de los dientes naturales, ofrecen nuevos niveles de comodidad, seguridad y confianza respecto a los tratamientos tradicionales.

Lucir una sonrisa funcional y natural es posible gracias a las últimas tecnologías en implantes Trinon, pudiendo recuperar la funcionalidad de las piezas dentales perdidas de una forma eficaz y con una estética totalmente natural.

¿Cómo funcionan?

Un implante dental es una pequeña "fijación" de titanio que se inserta en la mandíbula o maxilar superior para ocupar un lugar de la raíz del diente que falta. Después de la integración ósea, cuando el hueso circundante ha cicatrizado alrededor del implante, se colocará la prótesis (diente artificial) sobre el implante. El aspecto, sensación y comportamiento del nuevo diente es muy similar al de los dientes naturales.

¿Por qué ponerme implantes dentales?

La falta de piezas dentales puede provocar trastornos tanto de tipo estético como de salud. Por eso es tan importante sustituirlas con la mayor brevedad posible.

Tratamiento implantológico

A. Acudir a la consulta de su profesional para una evaluación de su historial dental y salud médica que permitirá determinar el mejor tratamiento.

B. Colocación de los implantes.

- Cuando el caso lo permita - Carga inmediata.
- Cuando el caso no lo permita - Esperamos.

C. Colocación de la prótesis definitiva, eligiendo minuciosamente una prótesis lo más parecida, tanto en forma como color, a sus dientes naturales.

¿Son todos los implantes iguales?

Existen en el mercado gran cantidad de marcas, siendo la calidad muy variable. La colocación de implantes de bajo coste supone, como es natural, una menor garantía. Se trata normalmente de implantes de calidad deficiente, peor tratamiento de su superficie, falta de estudios científicos a largo plazo, etc. En definitiva, inferior tecnología.

Si no me pongo implantes dentales

Si no sustituimos las piezas que nos faltan, las piezas adyacentes se empiezan a torcer y los antagonistas empiezan a crecer para ocupar ese hueso, y esto al final derivará en una mal oclusión.

La ausencia de piezas nos va a dificultar la masticación porque vamos a empezar a masticar por la zona no afectada. No trituramos bien los alimentos, forzamos el estómago y a raíz de aquí surgen otros problemas, como por ejemplo las úlceras. Desde el punto de vista estético, perdemos el perfil del rostro que se nos hunde hacia dentro y nos hace parecer mayores, surgen arrugas en los labios, etc.

Hoy en día hay una mayor preocupación por la salud oral. La pérdida de piezas afecta a pacientes incluso muy jóvenes. En el caso de la gente joven puede ser debido a golpes, caries no tratadas o enfermedades.

Con el tiempo el paciente va perdiendo hueso y aumentan las dificultades para obtener mejores resultados.

Ventajas si me pongo implantes dentales

Los implantes dentales pueden mejorar su aspecto, autoconfianza y proporcionarle una mayor tranquilidad.

- Su aspecto es similar a los dientes naturales.
- Pueden darle la confianza necesaria para comer lo que desee, hablar fácil y claramente.
- Le proporcionará una auténtica sensación de seguridad.

Los probióticos en Atención Primaria

Alicia Sánchez García
Coordinadora de Enfermeria. Centro de Salud Universitas. Área 3. Zaragoza

La OMS define a los probióticos como "microorganismos vivos que cuando se administran en cantidades adecuadas, confieren un beneficio a la salud del consumidor". El intestino es un órgano importante en el sistema inmunitario y la administración de estos organismos ayuda a reconstruir la microbiota que se puede haber desequilibrado por diversas causas, como por ejemplo una enfermedad.

Los probióticos son usados en muchas patologías tanto en adultos como en niños y sobre todo en problemas gastrointestinales como la diarrea, síndrome de intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea asociada a antibióticos etc., también son muy beneficiosos en otras alteraciones como antihipertensivos y en muchas patologías más pero nos vamos a centrar en habituales de atención primaria. Lo que ocurre es que no son muy usados por los médicos de atención primaria en la práctica clínica porque no hay estudios con resultados fiables. Hay gran variabilidad de resultados y, por ello, es difícil hacer guías de tratamiento. El uso de probióticos puede jugar un papel importante en la prevención y/o tratamiento de enfermedades.

Beneficio sobre la salud

Si son administrados en cantidad adecuada tiene un beneficio sobre la salud, pero con indicaciones precisas, seguridad y una eficacia probada. Sus mecanismos de acción son: mejorar la barrera intestinal defensiva, modulación inmunológica y mejora de la eficiencia metabólica, sus dosis son muy variables según la cepa e indicaciones de esta y deben seguir las normas del reglamento de la Unión Europea sobre las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables.

Desde tiempos inmemorables los microorganismos han tenido un papel muy importante en el entorno de la vida, aunque se les observe también como agentes peligrosos para la salud. Los microorganismos forman parte de nuestro entorno, la mayoría son saprofitos, muchos beneficiosos y deteriorantes y muy pocos patógenos. Hipócrates De Cos (Grecia siglo V a.c-siglo IV a.c) considerado el padre de la medicina moderna apuntó: "que el alimento sea tu mejor medicina y tu mejor medicina sea tu alimento".

Cuando se selecciona una cepa como probiótico es imprescindible que sus efectos fisiológicos beneficiosos se demuestren científicamente, que la cepa sea de origen humano y segura para su uso, también estable al ácido y bilis, que se adhiera a las células que hay en la mucosa intestinal, que excluya o reduzca la presencia de agentes patógenos y ayude a la formación de flora equilibrada.

Bacterias aisladas del tracto intestinal

Característica importante de los microorganismos probióticos es que son bacterias aisladas del tracto intestinal de una persona sana e introducidas de nuevo en el intestino por medio de algún alimento como el yogurt, kéfir. Un alimento o ingrediente alimentario se puede aceptar como probiótico si no es hidrolizado o absorbido en tracto intestinal superior es decir resiste la acidez gástrica, la hidrolisis por enzimas digestivas y no se absorben en intestino delgado. Debe ser fermentado selectivamente por las bacterias beneficiosas de la microbiota intestinal e inducir efectos beneficiosos para la salud.

Los prebióticos más importante están presentes de forma natural en la leche, miel, hortalizas y

verduras, frutas, cereales, legumbres y frutos secos.

Hay que establecer cuál es la ingesta de prebiótico adecuada para conseguir efectos beneficiosos y no adversos ya que en exceso podría provocar molestias intestinales, diarrea, flatulencias.

Hoy en día el estilo de vida es un factor muy importante en el aumento de ciertas enfermedades. Si la ingesta de alimentos es inadecuada no hay una nutrición completa y se disminuye la resistencia a las enfermedades con lo cual se altera nuestra macrobiótica intestinal y hay que tratarlo con antibióticos y terapia inmunosupresora.

La mayoría de las personas no saben que convivimos con más de 400 especies bacterianas distintas en nuestro intestino y que además alguna de ellas son fundamentales para prevenirnos de muchas enfermedades.

En personas mayores la edad afecta bastante a la microbiota intestinal ya que disminuye la población anaerobia y de bifidobacterias y aumentan las enterobacterias. La poca inmunidad intestinal más estos cambios facilitan la aparición de infecciones gastrointestinales por lo que el uso de probióticos en mayores sería beneficioso en la función intestinal. También actúan los probióticos en mayores sobre la motilidad intestinal y reducción de la actividad enzimática. Hay muchos estudios que parecen demostrar que el uso de leches fermentadas y sobre todo de yogurt aparte de ejercer una influencia positiva en la calidad de vida de los ancianos también disminuye el desarrollo de síndrome metabólico y protector contra la diabetes mellitus tipo 2 en ancianos con RCV ya que su uso regular ayuda a mantener un peso adecuado. Sería útil reducir el uso de AB en los mayores si se desarrollaran productos con probióticos que facilitaran el mantenimiento de la homeostasis de la microbiota intestinal.

Cólico del lactante

En el caso del cólico del lactante es un proceso benigno y auto limitado de crisis de llanto de duración limitada. En lactantes sanos se soluciona antes de los cuatro meses.

Hay diferentes hipótesis que se relacionan con la maduración intestinal, intolerancia a hidratos de carbono y modificación de la macrobiota que tiene menos lactobacilos y bifidobacterias.

Los probióticos actuarían sobre la alteración macrobiota mejorando la motilidad intestinal, disminuiría la percepción de dolor intestinal al inhibirse la contractilidad y disminuiría la inflamación intestinal. El estreñimiento funcional se caracteriza porque hay una disminución en el número de deposiciones puede aparecer dolor y hay dificultad para defecar. Los probióticos a expensas de la microbiota colónica también podrían influir en el peristaltismo modificando el pH colónico. En la infancia el dolor abdominal crónico o recurrente suele ser mayormente funcional, aunque se relaciona con una motilidad anormal respecto al contenido, aquí los probióticos mejorarían la permeabilidad intestinal, la regulación inmunitaria, disminuirían la respuesta inflamatoria y regularían la motilidad intestinal.

Su uso en pediatría sigue siendo difícil porque aunque hay cada vez más evidencias científicas la mayoría de los preparados con probióticos están dentro de los suplementos alimenticios, no se catalogan como medicamentos. A lo largo de los años los diferentes autores han definido a los probióticos de diferentes maneras evolucionando en su definición pero las conclusiones evidenciadas por todos son muy parecidas. Los prebióticos en Atención Primaria ven una puerta esperanzadora en el uso de estos tanto en profilaxis como tratamiento. Hay que decir también que el efecto que produce un probiótico va a depender de la cepa que se use, como se usa y la dosis requerida del mismo.

Los probióticos donde más se han utilizado tanto en pediatría como en adultos han sido en patologías de problemas gastrointestinales, pero todavía el empleo de estos no está incorporado a la práctica clínica habitual en Atención Primaria.

Los diferentes probióticos no tienen igual acción en las diferentes poblaciones y además las cepas no tiene tampoco la misma resistencia ni capacidad para colonizar, con lo cual no tiene la misma eficacia clínica.

Todo esto nos hace seguir considerando que los efectos en la práctica clínica son solamente de una cepa y por ello no están indicados para iguales situaciones. Los datos agrupados de distintas cepas harían llegar a falsas conclusiones.

Hay que profundizar más, pues en sus mecanismos de acción, la dosificación precisa tanto en uso pediátrico como en adultos, forma de administrarlos y no olvidar que también pueden ser potencialmente peligrosos por su resistencia a antibióticos, porque a lo mejor pueden mutar.

El avance científico avanza en relación a los efectos beneficiosos de los probióticos, pero hay que ser precavidos debido al gran interés de la industria farmacéutica en lanzar al mercado productos farmacológicos y ello debe conllevar una reglamentación muy específica para este tipo de fármacos.

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

Nuestro trabajo: la Atención Primaria en Salud, clave para un mundo sano

Eduardo Garcia Langarica
Presidente de la Federación Medicus Mundi de España. Médico colegiado

medicusmundi lleva trabajando más de 50 años por la defensa del Derecho a la Salud y en favor de la transformación de los sistemas públicos de salud desde los principios de la Atención Primaria de Salud (APS).

Desde hace más de tres lustros medicusmundi ha colaborado de manera innovadora en la cooperación internacional en salud con varios países latinoamericanos. Esta colaboración ha llevado a mejorar la cobertura y el acceso equitativo a la salud de toda la población beneficiaria, haciendo reales y efectivos los postulados de APS, con el refuerzo de los sistemas públicos y garantizando el derecho a la salud de comunidades rurales e indígenas que habían sido tradicionalmente excluidas.

Esta mejora en la situación de la salud se produce mediante una "Estrategia de Salud Integral e Incluyente", basada en el documento "Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina". medicusmundi, siempre desde y con el sistema público de salud local, ha trabajado esta Estrategia que se ha ido impulsando, de forma progresiva y adaptada al contexto, en Guatemala, Bolivia, Perú y recientemente en El Salvador.

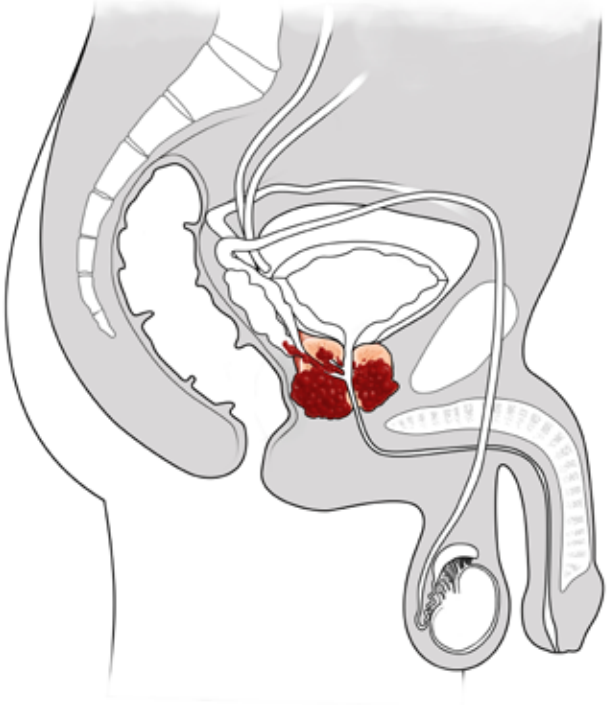
Equipos de profesionales sanitarios locales

Esta Estrategia se conforma desde un novedoso reordenamiento de la organización territorial de la red de servicios, con equipos de profesionales sanitarios locales. Estos equipos brindan una atención continua en tres frentes: individual, familiar y comunitario. La Estrategia permite la horizontalización en las unidades de atención primaria, en las cuales se hacen operativas de manera eficaz y eficiente todas las prioridades y normas de los programas de salud. A nivel familiar y comunitario se logra un impacto positivo en la salud mediante la incorporación integral de las acciones de prevención y promoción, afrontando el reto de resolver problemas y condicionantes de salud históricamente no atendidos en muchos países de América Latina.

La intervención tiene su origen en el análisis y estudio de la situación de salud en la región y en la observación de intervenciones a través de programas verticales, que siendo válidos, no han resuelto la complejidad epidemiológica del contexto latinoamericano. Así mismo, frente a la práctica de circunscribirse a la atención curativa-individual, esta estrategia ha hecho realidad intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario, potenciando acciones de prevención y promoción de la salud desde el primer nivel.

Tras más de una década de intervención, la Estrategia tiene un impacto por encima de los estándares e indicadores nacionales en salud de los cuatro países donde se desarrolla. Estos resultados medibles son los que han permitido a medicusmundi recibir el reconocimiento de diferentes instituciones internacionales, entre ellas el premio **Sasakawa** que otorga la Organización Mundial de la Salud a quienes mejor han promovido en el mundo los principios de la APS.

Más información de nuestro trabajo en América Latina www.saludintegralincluyente.com



Diagnóstico del Cáncer de Próstata

Ramiro García Ruiz, Vicente Andrés Lázaro, Jesús Valero Milian y María Luisa Gil Ortigosa
Especialistas en Urología. Hospital Comarcal de Alcañiz
Lydia Aparicio Martínez. Enfermera del Hospital General de la Defensa. Zaragoza

El cáncer de próstata constituye uno de los tumores más frecuentes con una incidencia de 1.100.000 casos nuevos al año en todo el mundo y una mortalidad de 307.000 personas según datos de 2012, en España es el tercero en número de muertes al año por detrás del cáncer de pulmón y del colorrectal.

Los factores de riesgo más importantes para desarrollar un Cáncer de Próstata son:

- **Herencia genética:** Familiares de primer grado que padezcan o hayan padecido cáncer de próstata y, especialmente si es de aparición precoz (antes de los 55 años). Aunque es importante tener en cuenta que la mayoría de cánceres de próstata aparecen en varones sin antecedentes.
- **Edad:** En general, es poco común que aparezca antes de los 40 años y aumenta su frecuencia de forma notable a partir de los 50 años.
- **Raza negra.**

Marcador PSA y tacto rectal

Afortunadamente disponemos de un marcador que ayuda a los profesionales sanitarios a diagnosticar posibles problemas prostáticos, este marcador se conoce con el nombre de PSA que corresponde con las siglas en inglés de Antígeno Prostático Específico, se trata de una sustancia producida en la próstata y detectada en un sencillo análisis sanguíneo que aumenta con patología prostática (hiperplasia benigna de próstata, prostatitis, cáncer de próstata etc.). Es importante tener en cuenta, por lo tanto, que el PSA no es un marcador específico de cáncer de próstata por lo que disponemos de otras herramientas para aproximarnos al diagnóstico de patología oncológica prostática como es el tacto rectal (palpar la próstata a través del recto para valorar su tamaño así como posibles zonas aumentadas de consistencia que sugieran un posible tumor a ese nivel), combinando ambas pruebas el Urólogo decidirá si existe sospecha de tumor prostático y someterá al paciente a una biopsia de próstata, constituyendo la misma el procedimiento para el diagnóstico definitivo.

La biopsia de próstata es un procedimiento quirúrgico sencillo que, habitualmente, se lleva a cabo en régimen de CMA (Cirugía mayor ambulatoria), por tanto, el paciente ese mismo día es dado de alta. Consiste en tomar una serie de muestras de tejido prostático, habitualmente a través del recto, para su análisis microscópico y determinar el tipo de patología prostática (si la hay) así como el grado de malignidad y la extensión en caso de cáncer. No es infrecuente que la evolución del PSA a lo largo de los años de seguimiento obligue a realizar más de una biopsia de próstata.

En general, se considera como PSA alterado una cifra superior a 4 ng/dl si bien con la edad esta cifra debería ser modificada ya que de forma habitual nos encontramos valores superiores en pacientes mayores y que no presentan tumores prostáticos.

En cuanto al seguimiento con PSA se lleva a cabo en pacientes con sintomatología del tracto urinario inferior (alteraciones en la calidad de la micción como disminución de calibre, flujo entrecortado, sensación de vaciamiento incompleto etc.), se inicia la determinación a una edad de 50 años en pacientes sin factores de riesgo, a los 45 años en pacientes con alto riesgo (un familiar de primer grado afecto) y a los 40 años en pacientes con muy alto riesgo (más de un familiar de primer grado con cáncer de próstata precoz) posteriormente su médico determinará la periodicidad en la determinación del mismo.

Existen determinadas circunstancias diferentes al cáncer de próstata que pueden elevar el PSA como son:

- La hipertrofia benigna de próstata (crecimiento de la próstata habitualmente asociado a la edad).
- Manipulaciones urológicas (tacto rectal o procedimientos endoscópicos)
- Las infecciones urinarias.
- La edad. La próstata crece con la edad y, al haber más tejido prostático, aumentan los niveles de PSA.
- La eyaculación.
- Bicicleta. Por compresión perineal y prostática, si bien no existen estudios concluyentes al respecto.
- Fármacos. Especialmente preparados hormonales que aumenten la testosterona.

Otros marcadores

Además del PSA y del Tacto rectal, existen otros procedimientos que ayudan a la toma de decisiones en cuanto a diagnóstico (realización de biopsia o no) y en cuanto a tratamiento/evolución del paciente, generalmente empleados en pacientes con alta sospecha de cáncer de próstata y biopsias negativas, algunos de ellos son:

- Otros marcadores: PCA3, 4Kscore test, Pro-PSA e índice PHI, Gen de fusión...
- Resonancia magnética nuclear multiparamétrica.

El estudio inicial de la patología prostática puede ser realizado por su médico de atención primaria el cual valorará la necesidad de consulta especializada con el Urólogo.

Figura 1 y 2

Cuidados del paciente con disfagia

Grupo multidisciplinar de disfagia Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza:
Mª Carmen Deza Pérez, Marta González Eizaguirre e Ignacio Ferrando Lacarte. *M.I.R Geriatría*
Carmen Cánovas Pareja. *F.E.A Geriatría*
Genoveva Labari Sanz. *Enfermera de valoración*
Beatriz Monterde Hernández. *Nutricionista*

Figura 3

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución. Puede presentarse de forma aguda o bien de forma más insidiosa, y puede catalogarse en función de su topografía (orofaríngea o esofágica) o según el mecanismo de producción (mecánico o neurogénico).

En la población anciana la afectación más frecuente es la disfagia orofaríngea (80%) en la cual existen anormalidades en la coordinación neuromuscular a nivel de la faringe y el esfínter esofágico superior. Suelen aparecer otros síntomas asociados como la tos durante o inmediatamente después de la deglución, cambios en la calidad del habla, etc.

La presencia de disfagia entre los mayores de 65 años se estima entre el 7 y el 22%, afectando al 15% los mayores en domicilio y a más del 40% de los mayores institucionalizados.

Enfermedades neurológicas degenerativas y vasculares, tan ligadas al envejecimiento como el Parkinson, accidentes cerebrovasculares y especialmente demencias, se acompañan de disfagia en un 25-50% de los casos, en algún momento de su fase evolutiva.

Las complicaciones descritas de la disfagia son:

- **Desnutrición**, que suele ser de tipo proteico con pérdida de peso, junto con una disminución de la masa magra y grasa, acelerando la sarcopenia de los músculos deglutorios.
- **Deshidratación:** sequedad de piel y mucosas y la disminución de la salivación, contribuye a mayor alteración de la deglución y favorece la disfagia.
- **Broncoaspiración:** La neumonía por aspiración presenta una alta mortalidad (50%).

Formación para cuidadores y personal sanitario

Consideramos que la intervención educativa y/o formativa a cuidadores y personal sanitario de pacientes con disfagia es esencial para un mejor manejo, más seguro y disminuyendo así las potenciales complicaciones.

La preocupación en este tema, estimuló la creación en mayo del 2014, de un Grupo de Mejora sobre disfagia en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, formado por un grupo multidisciplinar de profesionales (enfermera de valoración, auxiliar, terapeuta ocupacional, nutricionista, médico facultativo geriatra y médicos residentes). Desde entonces, se han realizado diferentes iniciativas de mejora. Se ha elaborado un Tríptico informativo sobre disfagia para cuidadores" (Figura 1 y 2) y un "cartel de alerta" sobre riesgos de la disfagia (figura 3), que se coloca en el cabecero de la cama. Se realizaron encuestas de valoración de la dieta disfagia existente en nuestro Hospital, que nos permitió identificar los productos que más agradan a los pacientes, y mediante la colaboración de nuestra nutricionista, se han elaborado estrategias para mejorar el sabor y la presentación de los diferentes preparados.

Por otra parte, se ha designado una enfermera que se ocupa de la realización de la prueba de volúmenes y viscosidades (MECV-V) para detección de disfagia, cuando sea requerido, además de realizar recomendaciones específicas al cuidador del paciente según los resultados de la prueba obtenidos.

Al alta médica, se entrega al cuidador una "Hoja de recomendaciones de alimentos" generales y de elaboración de comidas adaptadas. Y, en este último año 2016, hemos iniciado la realización de charlas formativas para personal sanitario y cuidadores.

Cómo cuidar al paciente con disfalgia

A continuación, mostramos una serie de recomendaciones generales para el cuidado del paciente con disfagia durante las comidas:

Modificación del ambiente:

- Ambiente tranquilo. Evitar distracciones, conversaciones o cualquier estímulo que produzca risa, llanto, etc.
- No dar de comer si el paciente está somnoliento.

Figura 4. Ejemplo de menú de dieta triturada

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DESAYUNO	Leche (sola/ café/ cacao soluble) con 8 cereales. Compota triturada de manzana	Leche (sola/café/cacao soluble) con galletas "María" para triturar. Compota triturada de pera	Leche (sola/café/cacao soluble) con galletas "María" para triturar. Triturado zumo de manzana con pera	Leche (sola/café/cacao soluble) con 8 Cereales. Compota triturado de manzana	Leche (sola/café/cacao soluble) con galletas tipo "maría" para triturar. Triturado de zumo de piña con plátano	Leche (sola/café/cacao soluble) con galletas tipo "María" para triturar. Compota triturada de melocotón	Leche (sola/café/cacao soluble) con magdalenas para triturar. Triturado zumo de piña con melocotón
COMIDA	Triturado de lentejas con ternera + arroz Compota de Plátano con canela	Triturado de judías verdes + patata + Salmón Triturado de zumo de melocotón con plátano	Triturado de laminas de pasta (lasaña) carne picada + cebolla + pimiento rojo + pimiento verde + bechamel + queso rallado Triturado de zumo de naranja con plátano	Triturado de calabacín + guisantes + cebolla + patata +fiambre de pavo Triturado de melocotón en almibar	Triturado de arroz + zanahoria + Albóndigas de ternera con tomate Triturado de zumo de manzana con pera	Triturado de Macarrones con tomate + Atún + Cebolla Yogurt de sabor	Triturado de Garbanzos + espinacas +zanahoria + bacalao Triturado de compota de manzana
MERIENDA	Natillas con canela	Yogurt natural	Cuajada	Triturado de queso fresco con fresas	Yogur de sabores	Triturado de dulce de membrillo con queso fresco	Triturado de zumo de naranja + cereales + ciruelas sin piel
CENA	Triturado bacalao + patata+ calabacín Triturado de queso fresco con fresas	Triturado de espinacas + pollo + zanahoria+pan Triturado de pera y zumo de piña	Triturado de Borraja + patata + Huevo duro Triturado Pera en almibar	Triturado de Judía verde + Patata + Lenguado Triturado de plátano con canela	Triturado de tortilla de patata+calabacín Triturado de melocotón en almibar	Triturado de Acelga + cebolla + Patata + merluza Triturado de plátano con canela	Triturado de calabaza + quesito + pan + pavo Triturado de pera con cacao en polvo

CANTIDADES - CARACTERISTICAS

LECHE PARA CEREALES—300 ML
YOGURT—1 ENVASE COMO POSTRE
2 ENVASES COMO DESAYUNO

FRUTA PARA TRITURAR
150 GR. Sin piel, sin pepitas

VERDURA PARA TRITURAR
150 GR

PATATA PARA TRITURAR
40 GR. Junto con verduras
80 GR. Sin verduras

ARROZ PARTA TRITURAR
40 GR. En crudo con verduras
20 GR. Con legumbre

PASTA PARA TRITURAR
40 GR. En crudo

PAN MOLDE o BARRA PARA TRITURAR
60GR

LEGUMBRE PARA TRITURAR
50 GR. con verduras
30 gr. Con arroz

POLLO, PAVO PARA TRITURAR
140 GR.
TERNERA MELOSA PARA TRITURAR
130 GR.

PESCADO PARA TRITURAR
150 GR. Sin espinas, sin piel

HUEVO
2 Huevos cocidos o en tortilla

** Se recomienda guardar el agua de cocción para el triturado.

** Evitar cocinar con excesivo grasa. Aliñar con aceite antes de tomar.

- Presentar en el plato pequeñas cantidades y utilizar cuchara de postre para dar de comer.
- Colocarnos enfrente para imitación.
- Evitar alimentación con jeringa.
- No ofrecer líquidos en botella ni en pajitas.
- Dar tiempo suficiente para comer, minimizar la fatiga y la frustración.
- No forzar si hay rechazo insistente (posponer).
- Evitar contacto de cuchara con los dientes para no desencadenar el reflejo de morderla.
- No mezclar consistencias líquidas con sólidas.
- Respetar gustos y experimentar sabores nuevos condimentados.
- Enriquecer los alimentos para que las cantidades pequeñas aporten más nutrientes: carbohidratos (sémola, tapioca), grasas (nata, aceite de oliva, mantequilla), proteínas (queso rallado, clara de huevo, suplementos proteicos en polvo).
- Cepillado suave de la boca antes y después de las comidas.
- Limpieza con gasa impregnada en colutorio (en paciente no colaborador).

Técnicas posturales:

- Insistir en la importancia de la alineación corporal para evitar broncoaspiraciones. Mantener postura erguida sentado 90º con ligera flexión anterior del cuello, preferiblemente en silla, si es en la cama elevar ligeramente las rodillas con almohada. Mantener la postura hasta 20 minutos tras la ingesta.
- En hemiparesia: girar la cabeza hacia el lado parético para facilitar que el bolo se desplace por el lado no parético.
- Rehabilitación para mejora movilidad, fuerza y tono muscular de labios y lengua: praxias bucolinguales (mejora sello labial y correcta formación y propulsión del bolo).
- Evitar la hiperextensión del cuello.

Sobre la dieta del paciente con disfagia, tenemos dos posibilidades según presente disfagia sólo a líquidos o a sólidos y líquidos. Si presenta disfagia a sólidos, la dieta será triturada. Un peligro con este tipo de dieta es la monotonía y el aspecto que puede ser desagradable para el paciente y ser un motivo de disminución de ingesta. En la figura 4 se muestra un ejemplo de dieta triturada semanal variada. Si presenta disfagia a líquidos, éstos irán espesados siempre con espesante comercial o de forma natural con otros alimentos (figura 5), como puede ser, utilizar unas cucharadas de papilla de cereales con la leche o utilizar sémola o tapioca en un caldo. De este modo, se modifica la textura del líquido a la adecuada que tolere el paciente y esto es lo que va a proporcionar una deglución segura. Se contemplan tres grados de viscosidad: néctar, miel o pudding. También se puede usar agua gelificada, o en su defecto, gelatinas, para conseguir ingerir suficiente líquido. Es importante, escoger gelatinas de alta estabilidad a temperatura ambiente, es decir, que no se disuelvan con facilidad o se rompan en trocitos. Deberán ser compactas, y sin azúcar si es diabético, manteniéndolas siempre en la nevera. Además, debemos mencionar, una serie de alimentos desaconsejados, que bien por su textura u otras características, tienen mayor riesgo de producir broncoaspiración, como son los alimentos con partes duras o punzantes (carnes con huesos, tendones, pescados con espinas), pieles de frutas y legumbres, fibrosos (piña), de diferentes texturas (sopa con pasta, legumbres caldosas), alimentos crujientes o que se desmenuzan (pan tostado, patatas chips), pegajosos (leche condensada, puré de patata espeso) y alimentos que se funden en la boca (helados, gelatinas de baja estabilidad).

Figura 5. Recomendaciones para espesar líquidos

- ***ESPESANTES COMERCIALES:*** *¿adherencia al sabor?*
  - *enmascarar el sabor con infusiones, zumo de limón, sirope...*
- ***ESPESAR CON OTROS ALIMENTOS***

Recomendaciones para aumentar la consistencia de los alimentos líquidos		
Alimento líquido	Textura nectar-miel	Textura pudding
Zumo de fruta (para 100 cc)	Añadir 60 g de melocotón en almibar o plátano	Añadir 120 g de melocotón en almibar o plátano
Leche (para 100 cc)	Añadir 12 g (3 cucharadas de postre) de papilla de cereales	Añadir 20 g (5 cucharadas de postre) de papilla de cereales
Caldo (para 100 cc)	Añadir 12 g de papilla de cereales, sémola, tapioca o puré de patatas instantáneo	Añadir 20 g de papilla de cereales, sémola, tapioca o puré de patatas instantáneo
Para cualquier líquido 100 cc (cuando se desea mantener el sabor original)	Añadir 1-2 cucharadas soperas de espesante comercial neutro	Añadir 3 cucharadas soperas de espesante comercial neutro

Musicoterapia en Esclerosis Múltiple

Virtudes Morcillo Martínez. *Presidenta de la AAMT Musicoterapeuta voluntaria. Hospital MAZ, FADEMA y HH. Cruz Blanca de Zaragoza*
Francisco Javier Mompel Gracia. *Médico especialista en Medicina del Trabajo en Sociedad de MAS Prevención. Postgrado en Musicoterapia por la Universidad de Zaragoza*

La musicoterapia llega a FADEMA-Zaragoza con el objetivo de mejorar el bienestar emocional y el estado de ánimo de sus usuarios, favoreciendo un ambiente más confortable y relajado durante su periodo de estancia en el centro.

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad autoinmune que provoca el deterioro y destrucción de la mielina, sustancia que protege los nervios. Hay lesión de la neurona motriz.
Las características generales de la Esclerosis Múltiple se resumen en estos puntos, según la Asociación Española de EM.

- Es la enfermedad neurológica más frecuente entre adultos jóvenes.
- La edad de aparición es entre los 20 y los 40 años y afecta en mayor proporción a las mujeres.
- Es, después de los accidentes de tráfico, la segunda causa de invalidez en jóvenes adultos en nuestro país.
- La prevalencia es mayor que la de la ceguera o el síndrome de Down. Es de causa desconocida.
- Se afecta de forma intermitente la sustancia blanca (mielina) que envuelve las fibras nerviosas que transmiten los impulsos eléctricos al cerebro y a la médula espinal. Allí donde se destruye la mielina, aparecen placas de tejido endurecido (esclerosis) y éstas a su vez son las que interrumpen los impulsos nerviosos, bien de forma transitoria o definitivamente.
- Los síntomas más comunes de la enfermedad son: problemas de memoria o concentración, afección de la vista, temblor, dolor, incontinencia urinaria, pérdida de fuerza o sensibilidad en una parte del cuerpo.
- Las repercusiones más dramáticas se producen si el afectado acaba en silla de ruedas debido a una paraplejía o tetraplejía.
- No es contagiosa.
- No es hereditaria, aunque se manifiesta más frecuentemente en algunas familias determinadas.
- No es mortal.
- No es una enfermedad psiquiátrica.
- Cada ocho horas se diagnostica en España un nuevo caso de esclerosis múltiple
- En Aragón hay aproximadamente 700 enfermos.
- Cada caso tiene una evolución distinta. No es posible anticipar si la enfermedad será grave o no.

Inmunosupresores e inmunomodulares

Aunque en la actualidad se sigue investigando para conseguir un tratamiento curativo, existen varios fármacos de la familia de los inmunosupresores e inmunomodulares capaces de ralentizar el curso de la enfermedad.
Recientemente se ha autorizado un tratamiento capaz de disminuir el número y la gravedad de los brotes, denominado Interferón Beta A1, que permite modificar el curso natural de la enfermedad, según se constata en el estudio europeo ETOMS.
El tratamiento rehabilitador es de gran valor para mejorar la calidad de vida del paciente, entre ellos MUSICOTERAPIA.

Otro tratamiento en estudio es el Autotransplante de celulas madre que ha logrado mejorar o estabilizar a una veintena de enfermos afectados.

Sintomas

Los síntomas más comunes de la enfermedad son: problemas de memoria o concentración, afección de la vista – visión doble, temblor, dolor, incontinencia urinaria, pérdida de fuerza o sensibilidad en una parte del cuerpo - hormigueo.

Otros síntomas: hormigueo, problemas de equilibrio, cansancio, rigidez muscular e incluso Patología intestinal.

"La Musicoterapia es un proceso sistemático de intervención dirigido a un fin mediante el cual el musicoterapeuta ayuda al paciente a incrementar, mantener o restaurar su estado de bienestar, utilizando experiencias musicales y la relación que se establece en este proceso, como fuerzas dinámicas de cambio" Bruscia.

Además de vivir con los síntomas de la enfermedad, tienen la difícil tarea de admitir que es posible que exista un deterioro paulatino de sus facultades debido a la neurodegeneración. Esta idea puede causar angustia, tristeza, temor, impotencia, por lo que estas personas deben encontrarse mentalmente fuertes y emocionalmente equilibradas para evitar los sentimientos negativos y el desarrollo de enfermedades colaterales, como la depresión o la ansiedad. En Musicoterapia los pacientes están sometidos a un proceso terapéutico, una consecución de objetivos y una metodología especial.

"La silla de ruedas NO puede interrumpir los viajes de la mente", dijo la violonchelista Jacqueline du Pré, durante su lucha por mantener una brillante carrera a pesar de la esclerosis múltiple, la memoria musical fue irreprochable por la enfermedad.

Objetivos generales

- Mejorar el movimiento y la coordinación.
- Mejorar la memoria.
- Reducir la depresión y la ansiedad.
- Manejo del estrés.
- Mejorar la comunicación verbal.

Antes de empezar a desarrollar las sesiones de musicoterapia, se producirán una serie de reuniones entre los diferentes profesionales para saber las características de cada uno de los pacientes. La musicoterapeuta, necesitará diferentes datos personales y médicos del paciente, así como su historial musical para la aplicación de la terapia. A partir de estos datos organizará sus sesiones individualizadas o en grupo para desarrollar sus objetivos generales o específicos. Las duraciones de estas sesiones serán de una hora, una vez a la semana como mínimo. En la primera sesión se produce una toma de contacto entre pacientes y musicoterapeuta.

Fin del tratamiento

- El tratamiento se acaba cuando, una vez valorado el estado del paciente y su evolución, se llegue a la conclusión de que la Musicoterapia ya no le aporta efectividad. Y hasta que el paciente asista voluntariamente con agrado y consciente de que es bueno para su calidad de vida. Está comprobado científicamente que la Musicoterapia es positiva en cualquier campo de aplicación.
- El musicoterapeuta está sometido a cumplir y respetar el Código Ético de la Musicoterapia en España, aprobado y firmado por las diez Asociaciones españolas que forman parte de la EMTC (Confederación Europea de Musicoterapia), el 17 de octubre de 2014.

| 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

Comedores escolares

Yoana Teres Castel
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00105

Actualmente en muchas familias son ambos progenitores los que trabajan fuera de casa, hace que los comedores escolares sean una necesidad, así muchos niños realizan la comida del mediodía en el centro escolar.

Teniendo en cuenta esto y que la infancia es una etapa en la que una correcta alimentación tiene una gran importancia, hay que ser consciente de que los menús escolares deben cumplir ciertos requisitos, como son: ser nutricionalmente completos, seguros y adecuados al paladar de los niños.

Educación y alimentación

En el seno familiar es donde comienza una educación nutricional adecuada, la cual sigue en los comedores escolares. Éstos no deben concebirse sólo como un lugar físico, donde los niños comen, sino más bien un lugar en el que éstos asienten los buenos hábitos alimentarios decisivos para el comportamiento alimenticio en la edad adulta. Así pues, el comedor tiene una función educativa complementaria a la enseñanza y deberá atender a ciertos objetivos como: educación para la salud, higiene y alimentación, educación para la responsabilidad, educación para la convivencia y educación para el ocio.

Muchos de los colegios que dan la opción del comedor optan por una empresa externa a ellos que se encarga de los menús, el catering, pero otros tienen cocina propia. A la hora de necesitar el servicio de comedor escolar muchos padres tienen dudas y se cuestionan si el catering es mejor, o no, que la cocina del propio centro. Comparando una opción con otra hay que señalar que la calidad nutricional puede ser idéntica, aunque sí es cierto que la comida de catering puede llegar a ser diferente si nos referimos a su acabado (sabor, olor, textura).

Casi todos los centros escolares lo hacen, pero sería necesario insistir en que ofrezcan a los padres de los alumnos un cuadrante con los menús ofrecidos y las mejores opciones de cenas para acabar de completar la dieta diaria, así ésta será siempre más equilibrada. De la misma manera, habría que explicar a los padres la importancia de realizar esas cenas.

En muchos casos los padres piensan que en la cena pueden darle a sus hijos lo que a éstos les apetezca y agrade teniendo en cuenta, según ellos, que "ya han comido bien en el colegio". No se puede delegar algo tan importante como es la alimentación a alguien externo del seno familiar. La educación alimentaria empieza y acaba en casa, por lo que posiblemente sería más que necesario involucrar a los padres en esta tarea que, al fin y al cabo, son los que compran y cocinan los alimentos que entran en sus hogares.

Asignatura de Alimentación

El primer paso sería poner todos los medios, en nuestro sistema educativo, para que hubiera una asignatura de Alimentación, con la cual se aprendería a elegir los alimentos de forma adecuada. Siempre adaptando los contenidos a la edad de los niños y debiendo tener la continuidad a lo largo de todo el proceso educativo. De hecho, en el año 2014 la comisión de Cultura y Deporte del Parlamento Europeo aprobó un informe en el que se solicitaba la inclusión en los planes de estudio de una asignatura sobre alimentación saludable.

Otro punto, y no por eso menos importante, debe ser involucrar a los padres para que aprendan a escoger los alimentos más saludables para la familia y enseñar a realizar menús equilibrados. Todo ello con pequeñas charlas, coloquios y clases prácticas o talleres. Todos y cada uno de los conocimientos aprendidos y cuestiones que se pueden llegar a abordar tendrían una utilidad práctica en el día a día.

Sabemos que la infancia es un periodo determinante para educar en comportamientos saludables y en conocimientos para consolidar una buena alimentación, la cual es la base para el desarrollo y el correcto crecimiento de los niños. Y como los centros escolares cuentan con espacios como los comedores, podemos ayudarnos con esta herramienta tan útil para el conocimiento y el manejo de los alimentos, ¿por qué no sacarles más provecho?

Involucrar a los niños, en casa por parte de los padres y en comedores escolares por educadores, con la preparación y el cocinado de los alimentos puede hacer que sientan que han formado parte de la elaboración y los acaben probando, además de conocer la materia prima y aprender a distinguir los diferentes alimentos.

Por todo esto, si tienes alguna duda y crees que hay aspectos que mejorar en la alimentación que recibe tu hijo, no lo dudes, ponte en manos de un Dietista-Nutricionista colegiado. Como profesional te llevará de la mano en el proceso de aprendizaje de una alimentación saludable.

Importancia del sueño reparador en el paciente ingresado en UCI

Andrés Castel N, Ortego Saz E, Blasco Serrano E, García Polidura M, Miñana Muñoz AM, Ruíz Cuenca V, Arnillas Aznar MP, Moreno Gómez A.
Auxiliares de enfermería. DUE de cuidados intensivos. Hospital Universitario Miguel Servet
Ostabal Artigas MI. *Médico intensivista. Hospital Universitario Miguel Servet*

El sueño reparador es necesario para mantener la salud y si se está enfermo e ingresado en un hospital, para recuperarse mejor. El sueño se caracteriza por bajos niveles de actividad fisiológica (frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial) y por una menor respuesta a estímulos externos. En las plantas hospitalarias y en dependencias como urgencias o las Ucis existe un incremento del estrés y una mala calidad del sueño.

Fisiologia del sueño

El sueño consta de diferentes fases, en 1957 Dement y kleitman distinguieron 4 fases dentro del sueño no REM (non-rapid eye movement o movimiento lento de los ojos). Posteriormente, Jouvent demostró la existencia del sueño REM (Rapid Eye Movement) o de movimiento ocular rápido. A las fases profundas del sueño no REM (fase III y IV) se les atribuye el restablecimiento físico del organismo, mientras que al sueño REM la recuperación emocional y psicológica de las personas.

El inicio del sueño comienza con la fase I No REM hasta llegar a la fase IV, volviendo nuevamente a la fase III, de ésta se pasa a la fase II para entrar en el sueño REM. Este ciclo en una persona normal dura aproximadamente 90 minutos, repitiéndose dos veces consecutivas; en los ciclos siguientes van desapareciendo progresivamente las fases III y IV No REM y, de forma progresiva van aumentando los periodos REM. Durante una noche de sueño no interrumpido de 8 horas se pueden producir de 4 a 8 ciclos. El sueño en las Unidades de Cuidados Intensivos se caracteriza por el predominio de las fases I y II, disminución o ausencia de las fases III y IV y acortamiento de los períodos de sueño REM, así como interrupciones frecuentes y fragmentación del mismo. Si en algún momento se interrumpe el sueño y el enfermo se despierta, el ciclo deberá comenzar de nuevo.

Causas de privación del sueño en las ucis

Los motivos y las causas por las cuales el enfermo en la UCI no duerme adecuadamente son múltiples:

- La propia estructura, con entorno ruidoso, que dificulta la orientación entre el día y la noche, dando lugar a cambios del ritmo circadiano. Además los enfermos refieren tener dificultades para dormir por las interrupciones frecuentes del sueño, debidas a la atención continuada que reciben.
- Binomio universal incertidumbre/insomnio que evoluciona al trinomio UCI/estrés/insomnio. A esto contribuye tanto las causas ambientales como las personales (pérdida del rol, desvinculación familiar, miedos e incertidumbres). Excesiva contaminación acústica que deriva de las alarmas y de los ruidos relacionados con el comportamiento humano del personal que trabaja en estas dependencias.

En España, según el Real Decreto Ley 1318/1989, que regula el sonido ambiental en los hospitales, están permitidos niveles inferiores a los 45 decibelios por el día y por debajo de 30-35 decibelios por la noche. Sin embargo estudios realizados, determinan que la media de los niveles sonoros en las Ucis rondan los 65 decibelios, con picos de más de 95 decibelios.

Los sedantes tienen efectos negativos en el sueño puesto que alteran el curso normal del ritmo circadiano y las fases del sueño. Los opiáceos disminuyen las fases de actividad REM. Las benzodiacepinas suprimen las fases III y IV del sueño No REM y pueden interferir en el desarrollo del primer ciclo REM.

Efectos de la privación del sueño

La privación del sueño repercute tanto a nivel metabólico como endocrinológico con un incremento del catabolismo y aumento de los niveles de glucosa. La función inmunológica también está alterada, disminuyendo la resistencia a las infecciones. Pero quizá lo más destacable de la privación del sueño sean los cuadros de delirio, los cuadros confusionales y las alteraciones emocionales.

Es fundamental que nuestros enfermos duerman y con un sueño de calidad.

Medidas para preservar el sueño en UCI

Las medidas para preservar el sueño consisten en proporcionar un ambiente tranquilo, dar infusiones relajantes o inductores del sueño, ajustar las medicaciones y controles para no despertar al paciente, disminuir el ruido ambiental y el sonido de las alarmas.

¿Qué es la gripe?

Olga Magdalena González
Enfermera Servicio Prevención Riesgos Laborales. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

La gripe es una enfermedad infecciosa aguda del sistema respiratorio (nariz, garganta, bronquios y ocasionalmente los pulmones) causada por un virus que es de fácil y rápida transmisión y contagio.

Generalmente ocurre una epidemia estacional invernal, es decir, cada año entre los meses de noviembre y marzo nos enfrentamos a una temporada en la que puede producirse una gran actividad y circulación del virus de la gripe.
El virus de la gripe pertenece a la familia de los Orthomyxoviridae y existen tres tipos de virus: A, B y C.
El virus tipo A es el mas agresivo y el responsable de las epidemias estacionales. Tiene la capacidad de cambiar continuamente bien sea por mutación o reordenación genética para evitar de esta manera la inmunidad adquirida por el huésped. Por eso las vacunas que se administran durante la campaña de la gripe cambian de un año a otro, ya que se van fabricando con las cepas del virus mutado en el hemisferio invernal correspondiente. Las vacunas tienen incluidos los subtipo A (H1N1) y A (H3N2) y una cepa del virus tipo B.

¿Cómo se transmite?

La gripe estacional se propaga fácilmente y puede extenderse con rapidez.
La principal fuente de infección es el contacto directo con personas enfermas, ya que el virus se encuentra en las gotitas que son inhaladas por estos al hablar, toser, estornudar... y entrar en contacto con la persona sana y potencialmente enferma. El virus entra en la nariz, garganta, pulmones de la persona sana, se instala en las mucosas y comienza a multiplicarse; infectando a la persona y causándole los síntomas y haciendo que la persona a su vez sea contagiosa.
Otro medio de transmisión pero menos frecuente es el contacto indirecto; es decir, tocar una superficie que contenga el virus de la gripe (mostrador, la mano de otra persona, una barandilla, el pomo de una puerta) y posteriormente tocarse la boca o la nariz.
Las personas enfermas son capaces de transmitir la enfermedad desde un día antes de presentar síntomas hasta 7 días después de comenzar con los sintomas. Los niños pueden transmitir la gripe hasta más de 7 días después de comenzar la enfermedad.
Existen personas que pese a entrar en contacto con el virus no padecen los síntomas pero si que son igualmente contagiosas. (Hasta el 30% de los casos).

¿A quienes afecta?

La gripe afecta a todas las personas sin diferencia de sexo, edad o etnia.
Pero existen grupos de personas que por sus características de salud son más propensos al contagio y/o agravamiento de patología previa con el contagio.

Grupos de población de más riesgo:

- Personas con edad igual o superior a 65 años. (En especial aquellas que están institucionalizadas).
- Adultos y niños (mayores de 6 meses) institucionalizados y con enfermedades crónicas.
- Adultos y niños (mayores de 6 meses) con enfermedades crónicas cardiovasculares (excepto hipertensión arterial aislada) y / o pulmonares (fibrosis quística, asma, EPOC).
- Adultos y niños (mayores de 6 meses) con:

-Obesidad mórbida
-Enfermedades metabólicas, incluída diabetes mellitus.
-Hemoglobinopatías y anemias.
-Asplenia (ausência del bazo).
-Enfermedad neuromuscular grave.
-Enfermedad hepática crónica.
Procesos con disfunción cognitiva (demencias, S. Down, etc).
-Implante coclear (o pendiente de él).
-Inmunosupresion (farmacológica, transplante, VIH...).

- Niños entre los 6 meses y los 18 años en tratamiento prolongado con ácido acetil salicílico.
- Mujeres embarazadas (en cualquier trimestre del embarazo).

¿Cuáles son sus síntomas?

Los síntomas de la gripe comienzan desde 1 a 4 días tras entrar en contacto con el virus.
A las pocas horas de entrar el virus en contacto con la mucosa de las vías respiratorias provoca que estas se inflamen y congestionen, provocando dolor y malestar.
El cuadro clínico inicial mas común comienza de forma brusca con dolor de cabeza, congestión nasal, molestias de garganta, malestar general, dolores musculares y articulares, tos

seca, cansancio, fiebre alta y escalofríos.
La fiebre y los dolores musculares suelen durar entre 3 días a 5 días, en algunos casos pueden durar incluso una semana.
La falta de energía y el cansancio pueden durar hasta 15 días.
En esta época hay que saber diferenciar entre gripe y catarro común, ya que aunque los síntomas puedan ser parecidos no son la misma enfermedad y están producidos por diferentes virus.

¿Existe tratamiento?

Hay que diferencias entre tratamiento preventivo y tratamiento sintomático.
Como tratamiento preventivo existen diferentes vacunas en el mercado que de forma gratuita dispensa la Seguridad Social. Siendo administrada en los Centros de Salud correspondientes, en algunos lugares de trabajo o Instituciones. Es un método preventivo, tanto de padecer la enfermedad como de transmitirla, convirtiéndose una herramienta eficaz para reducir los contagios.
Hay que recordad que al ser un proceso infeccioso vírico el uso de antibióticos no esta aconsejado para curar la gripe. Cuando un médico nos receta los antibióticos es porque considera que al estar enfrentándonos ya a un proceso infeccioso (vírico como es la gripe) pueden aparecer bacterias oportunistas que sobreinfecten el organismo; de ahí que nos den los antibióticos.
Una vez que hemos comenzado a incubar la gripe y a padecer sus síntomas lo único que se puede hacer es un tratamiento sintomático. Tratar los molestos síntomas. Como medidas generales para aliviarlos está el descanso y el reposo, para disminuir los dolores articulares y musculares; el uso de humidificadores para evitar el ambiente seco de la calefacción y que así se sequen las mucosas respiratorias; aumento de la hidratación para fluidificar las mucosidades e hidratar al organismo.
El tratamiento farmacológico que se suele emplear en estos casos siempre tiene que estar prescrito o recomendado por su médico o farmacéutico, ya que la automedicación podría empeorar algunas de sus patologías previas o interactuar con alguno de los medicamentos que toma de forma habitual.
Normalmente los fármacos que se usan en estos procesos son antitérmicos (para bajar la fiebre o intentar evitar subidas), antitusivos (evitar o disminuir la tos o suavizarla), mucolíticos (ablandar el moco y ayudar a su expulsión), antigripales (son fármacos que tienen varios de los tipos de medicamentos antes comentados).
Si pese al tratamiento considera que en lugar de mejorar está empeorando, el proceso se alarga mas de una semana o aparecen complicaciones asociadas a su patología previa debe acudir al medico para que le explore y valore su situación, por si considera, como profesional que es, algún otro tratamiento o prueba complementaria.
Dentro de las complicaciones que pueden aparecer están:

- Empeoramiento o agravamiento de las patologías base (enfermedades previas)
- Neumonía
- Pulmonía
- Insuficiencia respiratoria (falta de oxigeno)
- Bronquitis
- Síndrome de Reye (complicación neurológica en muy raras ocasiones)
- Sinusitis
- Otitis
- Guillain – Barré (complicación neurológica en muy raras ocasiones)

¿Tiene cura?

Como hemos comentado a lo largo de todo el artículo el virus de la gripe tiene una gran capacidad de mutación, haciendo imposible poder exterminarlo por completo, por lo que no tiene cura. Los únicos métodos que tenemos para evitarlo son medidas higiénicas y las vacunas.

¿Gripe o catarro?

SÍNTOMAS	GRIPE	CATARRO
Fiebre	Supera los 38,5 ºC Es habitual tener 39ºC o 40ºC	Febrícula o fiebre sin superar los 38,5ºC
Dolor de cabeza	Frecuente. Dolor intenso y brusco	Raras veces. Suele ser más por la congestión (sensación de embotamiento)
Escalofríos	Si	No
Malestar general	Si	Raro
Dolor muscular y óseo	Generalmente muy intenso	Leves
Dolor de garganta	En raras ocasiones	Frecuentemente
Congestión nasal	Alguna vez	Siempre
Estornudos	Ocasional	Frecuente
Tos	Ocasionalmente. Tipo seca	Frecuentemente. Suele ser productiva
Cansancio y debilidad	Intensos y durante bastante tiempo (hasta 15 días)	Leves o moderados
Baja o reposo	Muy frecuentemente	Raras veces. Suele ser mas por la congestión (sensación de embotamiento)
Aparición	Brusca (1-2 días)	Paulatina (3-5 días)

Pandemias de gripe más importantes

Nombre de la pandemia	Fechas	Muertes	Subtipo involucrado
Gripe Rusa	1889 - 1890	1 millón	posiblemente H2N2
Gripe Española	1918 – 1920	40 a 100 millones	H1N1
Gripe Asiática	1957 – 1958	1 a 1,5 millones	H2N2
Gripe de Hong Kong	1968 – 1969	750 mil a 1 millón	H3N2
Gripe A (H1N1)	2009 - 2010	> 730 mil	H1N1

La vacuna de la gripe

Susana García Domínguez y Marta Bona Otal.
Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Picarral. Zaragoza.

Todos los años con el frío llega la gripe, una enfermedad que todos hemos padecido en alguna ocasión. Algunas, por su alta mortalidad, llegaron a tener nombre propio como la famosa "gripe española" de 1918.

En general, se trata de una enfermedad de trasmisión respiratoria a partir de otros individuos enfermos, cuyos síntomas son fiebre alta, malestar intenso, dolores "por el cuerpo", dolor de cabeza, tos seca, cierto dolor de garganta y a veces síntomas digestivos. Dura en torno a 1 semana y su diferencia con el catarro común es sobre todo la fiebre y la gran afectación del estado general. Su presentación es estacional-epidémica durante los meses de frío, aunque también existen casos aislados el resto del año. El pico máximo de casos suele llegar en el mes de enero. El número de enfermos es variable de un año a otro.

Aunque es autolimitada, existe el riesgo de complicaciones especialmente en el paciente anciano, crónico o con inmunidad deprimida.

Tratamiento de la gripe

Los consejos recomendados en caso de padecer gripe son:

- Descansar.
- Beber abundantes líquidos.
- Evitar el consumo de alcohol o tabaco.
- Tomar medicación que mejore los síntomas (fiebre, cefalea, malestar...).
- No tomar antibióticos ya que no mejoran los síntomas ni aceleran la curación.
- No dar aspirina a niños ni adolescentes (podría provocar un síndrome raro que se denomina Síndrome de Reye). Se puede tomar paracetamol o ibuprofeno
- La vitamina C no ha demostrado efecto preventivo ni curativo sobre la gripe

Existen fármacos antivirales (amantadina, zanamivir y oseltamivir) que pueden reducir la duración de la enfermedad. Pero estos medicamentos solo están indicados en pacientes muy concretos y deben ser recetados siempre por un médico ya que pueden tener efectos adversos importantes.

La vacuna de la gripe

El abordaje más efectivo de la enfermedad es el preventivo por medio de la vacuna. Esta vacuna contiene tres cepas (dos tipo A y una tipo B) que representan los virus que más probablemente circulen en el invierno siguiente. Son virus inactivados o muertos.

La vacuna de la gripe se pone en otoño, previo a la primera oleada de la enfermedad, y con el tiempo requerido para crear anticuerpos suficientes.

Puesto que cada año el virus muta y adquiere características s algo diferentes al del año anterior, debe repetirse la vacunación cada temporada.

La capacidad protectora de la vacuna depende fundamentalmente de dos factores: el estado de salud de la persona vacunada. y la similitud de los virus circulantes y los contenidos en la vacuna.

Cuando la coincidencia entre los virus circulantes y los vacunales es alta, la vacuna previene entre el 70 y el 90 % de la gripe en sujetos sanos. En personas mayores de 65 años o con enfermedades crónicas aunque la eficacia es menor se pueden evitar un 50 a 60% de hospitalizaciones y el 80% de fallecimientos.

La experiencia de la vacuna es muy amplia y, en la mayoría de los casos, es totalmente inocua. El efecto secundario mas frecuente es el escozor y/o dolor en el lugar de la inyección. Las reacciones tales como fiebre, malestar o dolores musculares también pueden aparecer, sobre todo en niños.

Es recomendable que se vacunen

1. Personas de edad mayor o igual a 65 años. Especialmente aquellas personas que conviven en instituciones cerradas.

2. Personas menores de 65 años que presentan un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe:

Niños y adultos con:

- enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus.
- enfermedades cardiovasculares o pulmonares.
- obesidad mórbida.
- insuficiencia renal.
- algunos tipos de anemias.
- ausencia de bazo
- enfermedad hepática crónica.
- enfermedades neuromusculares graves.

inmunosupresión, por SIDA, por fármacos o en los receptores de trasplantes.

- implante coclear o en espera del mismo.
- enfermedades que conllevan disfunción cognitiva: síndrome de Down, demencias y otras.

Con especial énfasis en aquellas personas que precisen seguimiento médico o que hayan sido hospitalizadas en el año precedente.

- Residentes en instituciones cerradas, que padezcan procesos crónicos.
- Niños y adolescentes, de 6 meses a 18 años, en tratamiento prolongado con aspirina, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye.

• Mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación.

3. Personas que pueden transmitir la gripe a otras con un alto riesgo de complicaciones:

• Trabajadores de los centros sanitarios haciendo especial énfasis en aquellos profesionales que atienden a pacientes de los grupos de riesgo descritos.

• Personas que trabajan en instituciones geriátricas o de atención a enfermos crónicos, especialmente los que tengan contacto continuo.

• Personas que proporcionen cuidados domiciliarios a pacientes de alto riesgo o ancianos.

• Personas que conviven en el hogar, incluidos niños/as, con otras que pertenecen a a grupos de alto riesgo.

4. Otros grupos en los que se recomienda la vacunación:

• Personas que trabajan en servicios públicos esenciales: Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, Bomberos, Servicios de protección civil.

• Personas que trabajan en los servicios de emergencia sanitarias.

• Trabajadores de instituciones penitenciarias y otros centros de internamiento.

Y no deben ser vacunados

• Las personas con alergia al huevo, o que hayan tenido una reacción alérgica severa a una vacunación anterior de la gripe.

• Los niños menores de 6 meses.

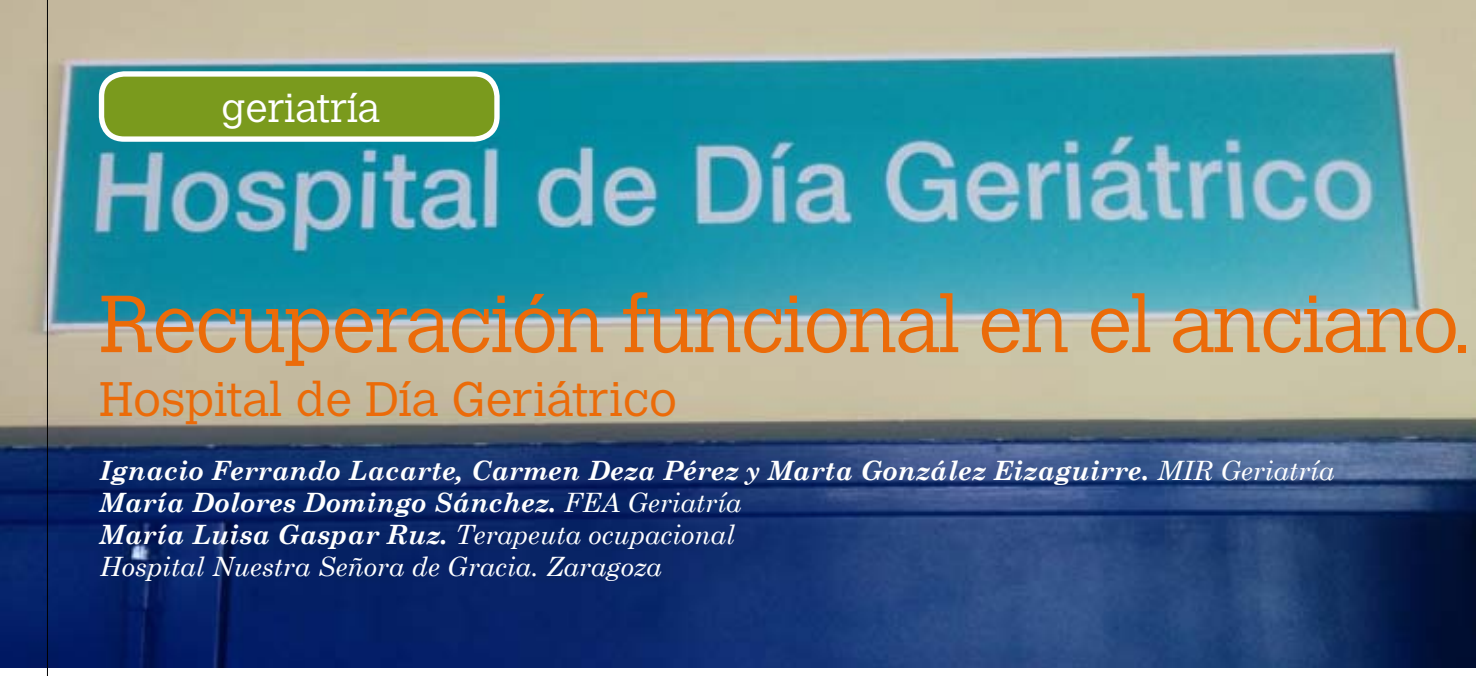
• Si se tiene una enfermedad aguda con fiebre alta debe esperarse hasta que esta remita.

La gripe bajo vigilancia

Hace ya más de 50 años la Organización Mundial de la Salud instauró un programa internacional de vigilancia epidemiológica de la gripe; hoy 112 Centros Nacionales de Gripe distribuidos por 83 países identifican los virus gripales circulantes. Estos son luego comparados a nivel mundial, a fin de evaluar la importancia de las nuevas variantes detectadas. En base a estos datos, cada año la O.M.S. establece la composición de la vacuna para la siguiente temporada, que incluye las cepas que con más probabilidad van a circular.

En **España** la vigilancia de la gripe es suministrada por las Comunidades Autónomas mediante el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Según este sistema, todos los médicos en ejercicio tienen obligación de declarar los casos de gripe, a su Comunidad Autónoma, y posteriormente el Centro Nacional de Epidemiología gestiona toda la información a nivel nacional.

Además, en España existe un sistema de vigilancia especial mediante **redes de médicos centinelas**. Esta red suministra semanalmente datos de incidencia de la gripe y cubre aproximadamente un 90% de la población. Sus objetivos son detectar precozmente el inicio de la actividad de la enfermedad e identificar de forma ágil los virus circulantes.



Recuperación funcional en el anciano.

Hospital de Día Geriátrico

Ignacio Ferrando Lacarte, Carmen Deza Pérez y Marta González Eizaguirre. *MIR Geriatría*
María Dolores Domingo Sánchez. *FEA Geriatría*
María Luisa Gaspar Ruz. *Terapeuta ocupacional*
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza

El Hospital de Día Geriátrico es un nivel asistencial formado por un equipo multidisciplinar compuesto por médicos geriatras, rehabilitadores, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, auxiliares y celadores.

Nuestro trabajo está enfocado a la recuperación funcional del paciente anciano tras un evento agudo en pacientes susceptibles de perder su autonomía, trabajando fundamentalmente las ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA. Valoramos de forma integral a cada paciente y elaboramos un plan de recuperación individualizado.

¿Qué es la Consulta de Alta Resolución (CAR) para recuperación funcional de Geriatría y cómo funciona?

Es una consulta donde se realiza una Valoración Geriátrica Integral por parte del médico Geriatra, enfermería, terapia ocupacional y rehabilitación, haciendo especial énfasis en la funcionalidad. Se trata de ofrecer una rápida respuesta para evitar la progresión de deterioro funcional. La demora media en el año 2015 fue inferior a 10 días. Está situada en la tercera planta del Hospital Nuestra Señora de Gracia, todos los martes y viernes. Los pacientes candidatos son incluidos en el programa de Hospital de Día Geriátrico.

¿Qué es el Hospital de Día Geriátrico (HDG) y cómo funciona?

El Hospital de Día Geriátrico del Hospital Nuestra Señora de Gracia consta de 18 plazas. Los pacientes acuden 2 ó 3 días a la semana en función de sus necesidades. Son traídos en ambulancia desde su domicilio habitual a partir de las 8 horas, debiendo estar desayunados y preparados a esa hora. Durante la mañana realizan actividades de orientación, estimulación cognitiva y anímica, socialización, terapia ocupacional y fisioterapia / rehabilitación. Después de la comida regresan al domicilio en torno a las 15 horas.

Durante su estancia se realiza un estrecho seguimiento por parte del médico Geriatra, lo que permite completar estudios diagnósticos (deterioro cognitivo, caídas, pluripatología, polimedicación, síndromes geriátricos) así como realizar ajustes de tratamiento, pruebas complementarias y cuidados de enfermería si precisase. La supervisión del paciente crónico podría evitar ingresos hospitalarios. Contamos con Terapia Ocupacional y Trabajo Social que pueden colaborar en una mejor adaptación a la vida en el domicilio.

¿Qué NO es HDG?

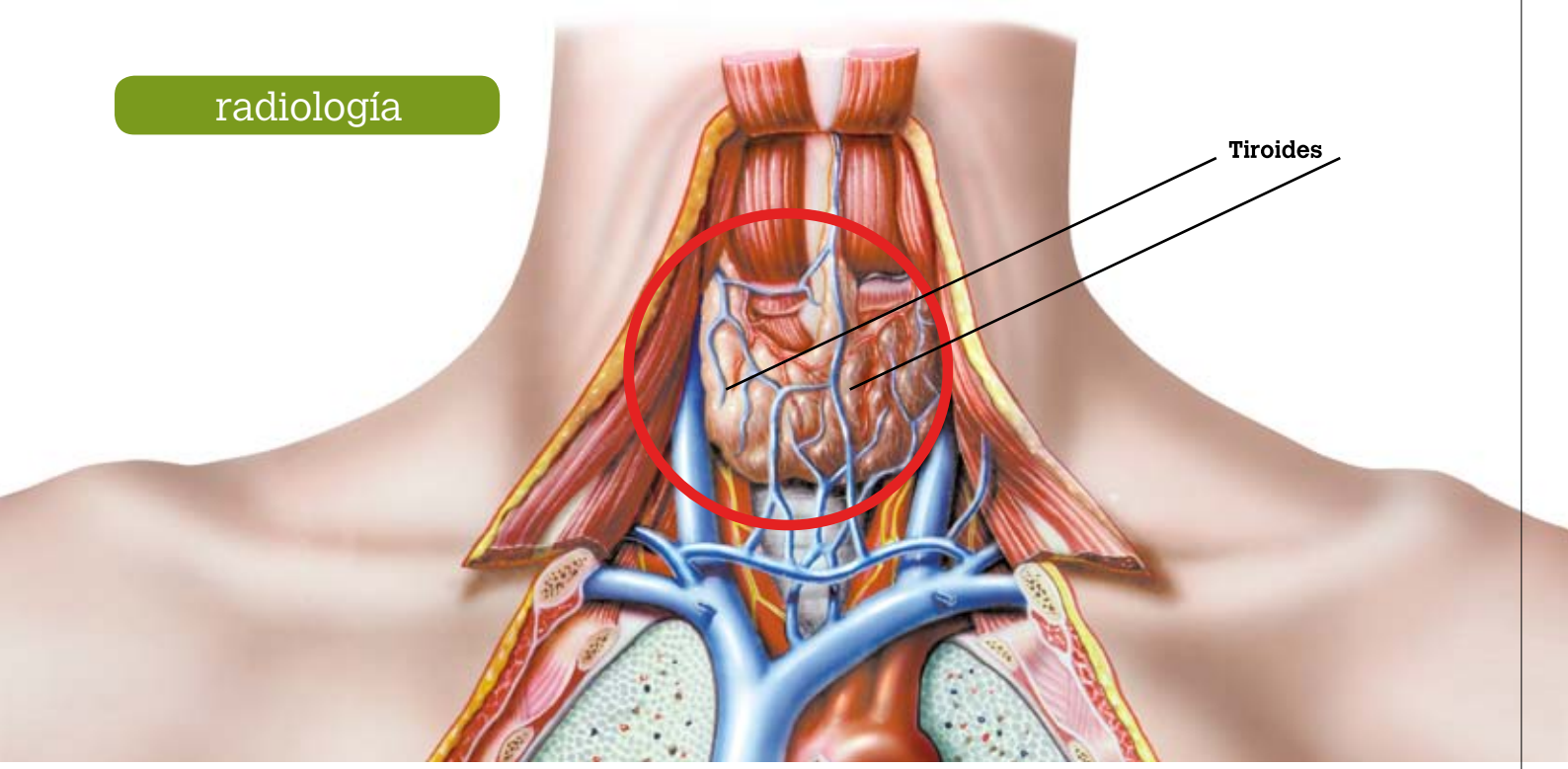
No es un Centro de Día. El Hospital de Día Geriátrico es un nivel asistencial, enfocado a la resolución de problemas agudos de características funcionales. Las plazas son limitadas y las estancias pueden prolongarse durante 1-2 meses.

¿Quién es candidato a acudir?

Pacientes con un deterioro funcional agudo y buen nivel cognitivo, capaces de integrarse en el grupo y colaborar en las sesiones. Las causas más frecuentes de derivación son problemas neurológicos (ACV, parkinsonismos,..) fracturas (cadera, vertebrales...), caídas, síndrome de inmovilidad (tras ingresos prolongados o cirugías), deterioro cognitivo leve. Este nivel asistencial permite un seguimiento cercano en altas precoces, pacientes que precisan procedimientos médicos o de enfermería, o continuidad en el tratamiento rehabilitador. El domicilio del paciente no deberá distanciarse más de 20 kilómetros para optimizar el tiempo de terapia.

¿Cómo derivar?

Si tiene un paciente con estas características y considera que podría beneficiarse de este recurso la forma de derivación es la siguiente:
Desde Atención Primaria: Solicitar colaboración a la Consulta de Alta Resolución de Geriatría (CAR) para recuperación funcional.
Desde Hospitalización o Consultas Externas: Remitir interconsulta mediante FAX a admisión del H. Nuestra Señora de Gracia dirigido a la Consulta de Alta Resolución de Geriatría (CAR).



¿Tengo bocio o un nódulo en el tiroides? ¿Biopsia en el cuello?

Eva María Lacoma Latre y Eva Sánchez Lalana
Facultativos Especialistas en Radiodiagnóstico. Hospital San Jorge. Huesca

En la parte anterior e inferior del cuello tenemos situada la glándula tiroides. Se encuentra dividida por dos lóbulos apoyados a cada lado de la tráquea. Los lóbulos están conectados en su tercio inferior por una fina estructura conocida como itsmo que cruza la parte anterior a la tráquea. En el adulto, el tiroides mide de 4 a 6 cm de longitud y de 1,3 a 1,8 cm de diámetro anteroposterior y transversal. Cuando los diámetros de estos lóbulos se ven aumentados en 2 o más cm, existe un aumento de la glándula tiroides y comúnmente se conoce como bocio.

A veces, en los lóbulos de tiroides pueden existir nódulos. Son unas lesiones muy frecuentes en toda la población y son la indicación más común de ecografía de tiroides. La ecografía detecta nódulos en un 40% aproximadamente de pacientes que han sido estudiados por otras razones. La prevalencia de los nódulos aumenta con la edad y el porcentaje de pacientes con nódulos es aproximadamente igual a la edad en años que el paciente presenta menos 10. A pesar de la alta prevalencia de nódulos tiroideos, el porcentaje de malignidad es muy bajo (2% al 4%).

En el 80% de los pacientes se observa un aumento difuso de la glándula, conocido como bocio. En el 80% es de causa desconocida o relacionada con el déficit de yodo, causas familiares y fármacos. La proporción hombre-mujer es de aproximadamente 1 a 3.

La ecografía es un medio excelente para guiar las biopsias (BAG-biopsia con aguja gruesa) y aspiraciones con aguja fina (PAAF) de las lesiones del tiroides y de otras que pudieran existir en el resto del cuello. El estudio de los nódulos tiroideos es una práctica muy habitual realizada en los Servicios de Radiología. Es una técnica rápida e indolora, por lo que se aconseja que los pacientes acudan tranquilos. Tiene la ventaja añadida de que no emite radiaciones ionizantes, funciona en tiempo real y permite controlar el resultado de los procedimientos.

Estudio de los nódulos

Previo a la realización de una técnica intervencionista en el cuello, se requiere una adecuada caracterización y localización de la lesión que se va a estudiar. Es importante mantener una asepsia estricta en el punto de punción mediante el uso de antisépticos tópicos, así como esterilidad del material que se va a utilizar. El procedimiento se realiza con anestesia local.

Las técnicas empleadas para el estudio anatomopatológico de los nódulos son:

- **PAAF:** mediante esta técnica se obtiene un aspirado celular para su análisis citológico. Se usan agujas finas y es una técnica barata, no invasiva, bien tolerada y rápida. Su principal inconveniente es la alta tasa de diagnósticos insuficientes (en torno al 10-30%) y que con frecuencia no permite más que un diagnóstico de benignidad o malignidad.
- **BAG:** permite obtener cilindros de tejido que pueden someterse a análisis histológico y otras técnicas de procesado. Esta técnica requiere agujas más gruesas. Presenta una sensibilidad y especificidad muy altas, con una tasa muy baja de complicaciones. Hoy en día se considera una técnica ampliamente establecida. Permite disminuir las punciones no diagnósticas al 1,3% frente al 15-26% de las PAAF. Consigue un mayor número de diagnósticos de malignidad.

Las complicaciones que pueden producirse con ambas técnicas son similares y muy infrecuentes.

- Sangrado en el trayecto de punción.
- Presencia de molestias al tragar en los días posteriores a la biopsia.
- Lesión de estructuras nerviosas, como el nervio recurrente, si no se tiene en cuenta su recorrido.

En conclusión, las técnicas de imagen ecográficas han demostrado ser una excelente guía en la realización de procedimientos intervencionistas en la región cervical. Demostrando su efectividad, seguridad, bajo coste, accesibilidad, ausencia de radiación, versatilidad y monitorización en tiempo real. Se están convirtiendo en las técnicas de elección para el diagnóstico y tratamiento.

Diez pasos seguros para una vida "sin ansiedad"

Ángela Forcén Vicente de Vera. *Enfermera especialista en salud mental. Unidad de Salud Mental del Centro de Salud San José Norte. Zaragoza*
Dra. Cristina Soler González. *Especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

La ansiedad es un fenómeno psíquico universal. Una respuesta individual subjetiva a estímulos externos o internos (pensamientos, imágenes...) caracterizada por una gran inquietud y sobresalto. Todos la experimentamos, en mayor o menor medida en la vida cotidiana.

Existe una ansiedad normal o adaptativa, que nos prepara para responder en las mejores condiciones posibles ante determinadas situaciones estresantes (ante desequilibrios entre la demanda del ambiente y los recursos de que dispone la persona), y nos motiva para aprender y crear. Pero cuándo esa respuesta es desproporcionada en frecuencia, intensidad, duración y/o sufrimiento e interfiere en la capacidad adaptativa para las actividades cotidianas, se habla de ansiedad patológica o trastorno de ansiedad.
Los trastornos de ansiedad afectan al 7-8% de la población. Un 25% de personas experimentarán un trastorno de ansiedad al menos una vez en su vida.

¿A qué se debe la ansiedad patológica?

Son diversos los factores implicados:
• **Biológicos:** elevada respuesta al estrés (personas que se describen como preocupadas o nerviosas y que pierden el sueño ante cualquier contrariedad), antecedentes en la infancia, predisposición familiar, enfermedades (psiquiátricas y no psiquiátricas)
• **Psicosociales:** aprendizajes sociales (por observarlos en otras personas) erróneos que originan elevadas o inadecuadas respuestas a los estímulos. Lo cual supone un estilo inadecuado de afrontamiento por ineficaz. También influyen las luchas internas por consideraciones inaceptables (morales) que desencadenarían ansiedad, experiencias traumáticas, baja autoestima, miedo al rechazo y desaprobación, baja asertividad, poca tolerancia a la frustración...

¿Cómo es la ansiedad?

Básicamente tiene tres componentes:
• **Conductual** (es observable):inquietud, nerviosismo, vigilancia, apatía y desinterés por el entorno, evitación de grupos de gente, no hablar o hablar continuamente, expresar preocupación, hostilidad, mirada huidiza, insomnio, irritabilidad,...
• **Cognitivo** (valoración que hace la persona): olvidos, "bloqueos del pensamiento", miedo a perder el control, inquietud mental, preocupación, temor a consecuencias inespecíficas, anticipación del displacer, dificultad para concentrarse, disminución de habilidades para resolver problemas, sensación de catástrofe inminente...
• **Fisiológico** (cambios en el organismo): taquicardia, palpitaciones, aumento de la tensión arterial, sensación de ahogo, tensión muscular, temblor, dolor de cabeza, nudo en el estómago, sequedad de boca, mareo, sudoración...

Consecuencias

La patología ansiosa no tratada y/o reconocida tarde puede conducir a abuso de alcohol, comida o de otras sustancias en la búsqueda de mejoría por parte del paciente.

¿Es posible una vida "sin ansiedad"?

Sí. Afrontar una vida "sin ansiedad" es posible, pero requiere: estar convencido de que en mayor o menor grado podemos ejercer un cierto control sobre la situación. Cuidar nuestro estilo de vida, y sobre todo, entrenamiento en habilidades o técnicas de mejora.
Lazarus y Folkman, describen afrontamiento como: "*esfuerzo cognitivo, emocional, y conductual que hace la persona para manejar las exigencias específicas tanto internas como externas que le retan o amenazan*".
El afrontamiento o esfuerzo puede ser adaptativo o no adaptativo. Lo será cuando esté orientado a entrenar las siguientes habilidades o técnicas de mejora porque se asocian a menor depresión y a mejor funcionamiento de la persona en la vida diaria.

Recomendaciones

1. Tiempo para todo:
• Obligaciones: laborales, domésticas, familiares, higiene... • Devociones: gustos e intereses • Preocupaciones. Limitar a 15' al día, enfocado a resolver problemas y tomar decisiones • Momentos libres: incluso para no hacer • Planificarse dejando huecos para imprevistos • Ajustarse a esos tiempos, sin excusas; sin sentimientos de culpa, sin rumiar. Así, somos mucho más eficientes.

2. Calmar la mente:
• Plena atención sobre lo qué estamos haciendo y poco a poco aumentará esa atención. • Conocer nuestro cuerpo, sus sensaciones (cansancio, hambre, sueño, tensión, relajación...) • No alarmarse por las sensaciones que en él se producen • Aprender a parar • Colorear • Leer • Escuchar música.

3. Relajar el cuerpo y rebajar tensión:
• Respiración diafragmática • Relajación muscular • Ejercicio físico • Baño • Masajes.

4. Pausas de 5' entre actividades:
• Ir al baño • Lavarse las manos • Darse crema de manos • Beber agua.

5. Reflexionar de forma adecuada y por tiempo limitado:
• Aprender a pensar sin exageraciones ni pesimismo (es de las habilidades más efectivas) • Utilizar el sentido común y el humor • Dar relativa importancia a los problemas diarios.

6. Adaptarse:
• Aceptar las diversas situaciones de la vida. • Flexibilidad • Sacar lo bueno de cada situación.

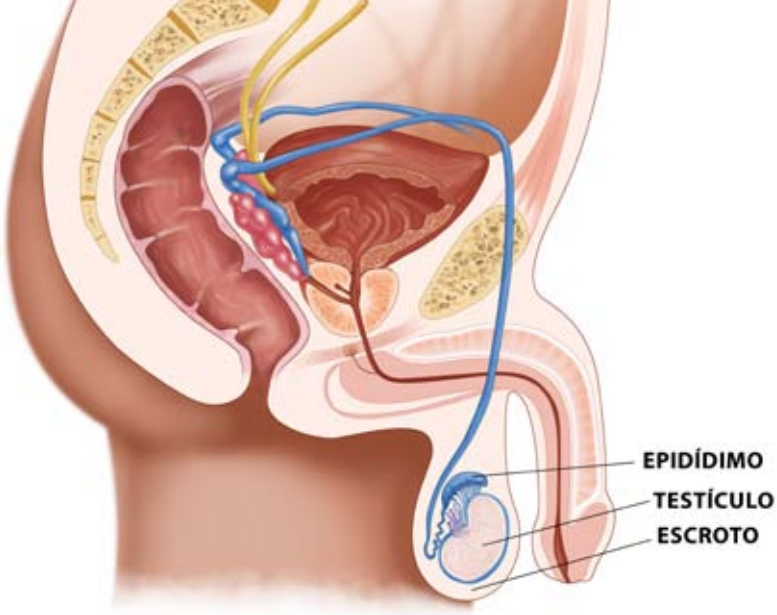
7. Tolerar la frustración:
• Reconocer que no podemos tener lo que en ese momento deseamos o incluso que no lo podremos conseguir • Reconocer lo bueno conseguido • Reconocer lo que no nos gusta. Podemos resistirlo, tolerarlo.

8. Apoyarse:
• Acercarse a los otros. Estar con la familia , amigos, asociaciones, grupos • Observar otras maneras de hacer las cosas.

9. Cultivar el ocio y las aficiones:
• Deportes • Aprender idiomas • Colaborar • Excursiones • Viajes • Actividades culturales: cine, teatro, monólogos, conciertos...

10. Buscar ambientes agradables:
• Procurarse entornos libres de estrés.

Cada vez resultará más fácil seguir estos 10 pasos y por lo tanto, adquirir las habilidades precisas para una vida "sin ansiedad".



Patología escrotal aguda

Marta Viridiana Muñoz Rivero, Teresa Cabañuz Plo, Carlos Blanco Chamorro y María Jesús Gil Sanz.
Servicio de Urología Hospital Universitario Miguel Servet
Ramiro García Ruíz. *Servicio de Urología Hospital Comarcal de Alcañiz*
Arlanza Tejero Sánchez. *Servicio de Urología Hospital General de la Defensa de Zaragoza*
Adib Reyes Figueroa. *Servicio de Urología Hospital Ernest Lluch de Calatayud*

A qué llamamos escroto agudo?

El escroto agudo se caracteriza por la aparición de dolor escrotal agudo e intenso que puede asociarse a fiebre, síntomas vegetativos (sudoración, mareos,...), dolor abdominal y signos de inflamación. En función de la sintomatología asociada se establece el diagnóstico.

Múltiples causas pueden relacionarse con esta entidad, pero las más frecuentes y que trataremos en este artículo son la torsión testicular y la orquiepididimitis.

Torsión testicular, la importancia de un diagnóstico precoz

La torsión testicular es una urgencia en urología. Tiene una incidencia de 1/4000 varones menores de 25 años y es típica en adolescentes. Es la causa más frecuente de pérdida del testículo en esta edad.

El origen de la torsión testicular es una oclusión venosa que consecuentemente produce una oclusión arterial dando lugar a isquemia testicular (falta de aporte sanguíneo al testículo), y esto último es lo que produce el dolor.

Los factores desencadenantes de la torsión testicular y que pueden preceder a la misma son: erección nocturna (en un 50% de pacientes aproximadamente), factores anatómicos, frío, ejercicio físico, coito, defecación, antecedente de criptorquidia, traumatismos o antecedentes de episodios previos de dolor transitorio.

Los síntomas que nos hacen identificar una torsión son un dolor muy intenso escrotal de aparición brusca, frecuentemente con testículo ascendido u horizontalizado. Se puede asociar con naúseas y vómitos, síndrome febril y no suele aparecer sintomatología irritativa urinaria (aumento de la frecuencia miccional, dolorosa e incompleta expulsión de orina o sensación de no haber orinado totalmente).

El diagnóstico es clínico, pero suele confirmarse realizando una ecografía doppler, donde se evidencia la ausencia de flujo.

El tratamiento es quirúrgico, pudiendo realizar un intento de detorsión manual previa. Habitualmente, si el testículo es todavía viable, se realiza una orquidopexia, que consiste en fijar el testículo para que no pueda volver a torsionarse y si ya no es viable, se realiza orquiectomía, que consiste en extracción del testículo afectado. Habitualmente se realiza la orquidopexia o fijación del testículo no afecto, para prevenir su posible torsión en un futuro. Es vital el tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta que se lleva a cabo la actuación quirúrgica ya que de ello depende la viabilidad del testículo. Pasadas 24 horas, el testículo es casi imposible de recuperar. Habitualmente, si transcurren menos de 6 horas, suele ser viable. Si existen dudas sobre su viabilidad, la tendencia es a la conservación testicular ya que la función hormonal puede mantenerse a pesar de no presentar función germinal.

Orquiepididimitis

La orquiepididimitis es la inflamación del testículo y/o epidídimo, asociado a dolor y tumefacción de la zona, que aparece de forma progresiva en días. Suele ocurrir en varones en la edad media de la vida.

Su etiología es habitualmente infecciosa, pero en ocasiones puede relacionarse con otro tipo de enfermedades (Enfermedades autoinmunes como Sarcoidosis, Behçet, Schönlein-Henoch), o puede ser secundaria a fármacos como amiodarona.

La aparición de fiebre asociado a dolor, calor, enrojecimiento y aumento de tamaño testicular, a veces, con exudado uretral, suelen ser característicos de este tipo de afección.

Para completar su diagnóstico, se realiza sedimento y cultivo de orina y, en ocasiones, si existen dudas del diagnóstico o se sospecha una complicación, se puede realizar una ecografía escrotal.

El tratamiento se realiza a base de reposo, elevación del escroto portando slip ajustado durante unos días, analgesia, antiinflamatorios y antibiótico, éste último en la mayoría de ocasiones, ya que suele ser de causa infecciosa.

Otras causas de dolor intraescrotal

Hay otras afecciones que pueden asociar dolor, pero son mucho menos frecuentes y más típicas en niños, como serían la torsión de apéndice testicular y epididimario.

Otra de las afecciones en escroto es el hidrocele, que es la acumulación de líquido intraescrotal y se manifiesta por molestias, aumento de tamaño y tumefacción progresiva.

Una entidad de importancia es el tumor testicular, cuya manifestación más frecuente es la aparición de un nódulo indoloro, aunque en un 20% de pacientes puede manifestarse con dolor.

Obesidad, ¿a qué nos enfrentamos?

Lucía Rivarés Garasa. *Enfermera de Cirugía Digestiva del Hospital Royo Villanova. Zaragoza*
Noelia Domingo Jiménez. *Enfermera de Cirugía Digestiva del Hospital Rollo Villanova. Zaragoza*
Óscar Sambía Novellón. *Enfermero de Quirófano*

Definimos la obesidad como una enfermedad crónica tratable, una acumulación anormal y excesiva de masa de tejido adiposo, socialmente relacionado con un exceso de peso. La distribución de la grasa corporal varía con la edad y el sexo. Durante el primer año de vida éste se eleva, para posteriormente disminuir y volver a aumentar a los seis años de edad.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de la persona en kilos por el cuadrado de la altura en metros. (Figura 1)

IMC	Situación
Menor 18,5	Bajo peso
18,5-24,9	Normopeso
25-26,9	Sobrepeso grado I
27-29,9	Sobrepeso grado II
30-34,9	Obesidad de tipo I
35-39,9	Obesidad de tipo II
40-49,9	Obesidad de tipo III (mórbida)
Mayor 50	Obesidad de tipo IV (extrema)

¿Qué causas predisponen a la obesidad?

La obesidad es un problema de salud pública por su prevalencia, costos y carga en los servicios sanitarios. Se ha advertido durante años acerca de los efectos adversos para la salud asociados a la obesidad, a pesar de las advertencias el problema persiste.

Podemos afirmar que la obesidad es un trastorno de origen multifactorial, entre los que cabe destacar:

- Factores ambientales: tanto en el ámbito familiar como social.
- Factores genéticos: entre el 50%- 80% de los hijos de padres obesos la padecerán.
- Factores fisiológicos: la leptina y la insulina (éstos tienen un efecto inhibitorio en la ingesta de alimentos). La leptina, además, disminuye el peso corporal. Por el contrario, los glucocorticoides favorecen la obesidad
- Factores patológicos: como pueden ser los endocrinometabólicos (hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, ovarios poliquísticos) o los psicológicos (síndrome bipolar).
- Factores socio-económicos: las personas con menor poder adquisitivo están más predispuestas
- Factores farmacológicos: antidepresivos tricíclicos, glucocorticoides, estrógenos y progestágenos, ciproheptadina...

Clasificación de la obesidad desde distintos puntos de vista

Anatómica:

- *Hipertrófica:* Es más común en la etapa adulta. Estos individuos tienden a ser delgados o a mantener su peso adecuado hasta los 30-40 años, momento en el que empiezan a ganar peso. Ésta se puede asociar con un desequilibrio entre la ingesta calórica y su utilización. Las personas con obesidad hipertróficas suelen tener una distribución central de grasa, este problema tiende a ser de fácil tratamiento.
- *Hiperplásica:* típica de la obesidad en la infancia y adolescencia y de mal pronóstico. Estos individuos tienden a ser obesos desde niños y a tener una ganancia importante de peso durante la adolescencia. Después de esta edad, el número de adipocitos se mantiene durante toda la vida. En esta forma de obesidad la distribución de la grasa es central y periférico. El tratamiento es más difícil.

Cuantitativa: relaciona la cantidad de aumento peso con mayor riesgo de padecer enfermedades secundarias a la obesidad. Este tipo nos es útil para valorar individualmente el riesgo de cada paciente así como su progresión o regresión.

Distributiva: la distribución de la grasa depende de factores genéticos y hormonales.

- *Obesidad Ginoide:* se conoce como obesidad gluteofemoral, periférica, y obesidad en "forma de pera". Se carácteriza por una acumulación de grasa en la región glúteofemoral (caderas, nalgas y muslos). Es más frecuente en mujeres premenopaúsicas y no comportan un exceso riesgo cardiovascular ni metabólico. Se asocia con más frecuencia a osteoartritis en las articulaciones de carga, insuficiencia venosa y litiasis biliar.
- *Obesidad Androide:* se conoce también como obesidad abdominal, central, del tronco y a veces como obesidad de "forma de manzana". La obesidad tipo androide se caracteriza por la acumulación de grasa en la región abdominal. Presenta mayor comorbilidad por estar asociada con hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, menor tolerancia a la glucosa, hipercolesterolemia, hipertriglicéridemia, diabetes e hipertensión. Este cuadro clínico es el llamado síndrome metabólico y todos los síntomas implicados son factores de riesgo de enfermedades coronarias. (Figura 2)

Neuroendocrina:

- *Hipotalámica:* por tumores o traumatismos.
- *Síndrome del ovario poliquístico.*
- *Insulinoma:* pocos casos se asocian.
- *Hipotiroidismo.*
- *Hiperinsulinismo.*

Otras situaciones:

- Dejar de fumar: muchas personas que dejan de fumar aumentan de peso en los primeros 6 meses después de dejar el hábito
- El estrés, la ansiedad, sentirse triste o no poder dormir bien
- Menopausia: las mujeres pueden subir de peso durante la menopausia
- Embarazo: es posible que las mujeres no puedan bajar del peso que aumentaron durante este periodo.

¿Qué enfermedades puede provocar la obesidad?

La obesidad predispone al organismo a padecer múltiples complicaciones debido a la alteración tanto metabólica como orgánica que provoca. Sus efectos más negativos se producen porque acentúa y agrava patologías graves. Es una enfermedad que está vinculada al 60% de las defunciones debidas a enfermedades no contagiosas. Las patologías asociadas más importantes de esta enfermedad son las siguientes: Cardiovasculares, Metabólicas, Respiratorias, Ostearticulares, Digestivas, Dermatológicas, Oncológicas y Sociales.

¿Cómo se diagnóstica?

Antes de hacer un diagnostico es necesario una valoración del paciente sobre algunos aspectos de su vida y una exhaustiva exploración física.

- La valoración consiste en conocer aspectos de la vida del paciente como son: antecedentes familiares, evolución del peso a lo largo de su vida, hábitos de alimentación, factores psicológicos, actividad física, enfermedades asociadas, factores socioeconómicos, uso de fármacos...
- La exploración física consta de:

- Conocer la talla y el peso para poder hacer el IMC (índice de masa corporal).
- Medición de pliegues cutáneos: la grasa subcutánea es un método de estimación de la grasa corporal. Lo más utilizado son cuatro pliegues (bicipital, tricipital, subescapular y suprailiaco). Aunque los más usados son: el pliegue tricipital (indica la grasa subcutánea) y la relación pliegue subescapular/tricipital (es un buen indicador de la distribución de la grasa corporal. Se relaciona de forma positiva con el riesgo cardiovascular.
- Circunferencias corporales: índice cintura/cadera, este cociente valora la distribución de la grasa corporal. Pudiendo diferenciar la obesidad androide y la obesidad ginoide. Es un indicador importante de riesgo cardiovascular. La circunferencia braquial es un indicador sensible a cambios grasos y musculares. El perímetro braquial indica la masa muscular total y es una medida indirecta de las reservas proteicas.

¿Qué tratamientos existen?

Hay que tener en cuenta que la obesidad es una enfermedad crónica y por tanto no es de rápida solución. El tratamiento va a consistir en una combinación de las siguientes medidas:

- Modificar los hábitos alimentarios: reducir la ingesta de calorías. La velocidad de pérdida de peso aconsejable es de 0,5 y 1,5 kg por semana. Se debe evitar los azucares simples y las grasas saturadas. Es aconsejable fraccionar las comidas en 5-6 tomas diarias.
- Aumentar el gasto energético: se considera un pilar esencial en el tratamiento de la obesidad tipo I y tipo II. Imprescindible abandonar la vida sedentaria e iniciar ejercicio físico de forma progresiva y constante.
- Empleo de fármacos: Siempre si el médico lo considera necesario, estos fármacos actúan a través de 3 mecanismos:

Disminuyendo la ingesta calórica porque inhiben el apetito o porque aumentan la saciedad
Aumentando el gasto energético y la oxidación de lípidos (termogénicos)
Inhibiendo la digestión y absorción de macronutrientes de la dieta (inhibidores de enzimas digestivas)

- Tratamiento quirúrgico: La cirugía está indicada para pacientes obesos cuando el IMC sea igual o mayor de 40kg/m², o con IMC igual o mayor de 35kg/m² asociado a enfermedades importantes. Esta cirugía está contraindicada en algunas patologías psiquiátricas.

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

El Testamento Vital y la muerte digna

María Isabel Ostábal Artigas. Médico intensivista

Vivimos en una sociedad en que se ningunea la muerte. Los propios médicos a veces, pensamos que morir es un fracaso de la medicina, cuando en realidad es una oportunidad para ayudar al enfermo. Morir es algo inherente al ser humano y la muerte digna sin encarnizamiento terapéutico debería ser el estandarte de excelencia sanitaria.

Richard Taylor, en 1970, condenaba con dureza el abuso terapéutico de las Unidades de Cuidados Intensivos con estas palabras: "*Hileras de preparados fisiológicos, conocidos también como seres humanos, yacen rodeados de un número asombroso de artilugios mecánicos (...). A través de innumerables tubos se inyectan o se drenan líquidos de mil colores. Los respiradores artificiales impelen gases, los aparatos de diálisis rezongan, los monitores disparan sus alarmas, el oxígeno burbujea en los humectadores. Los desgraciados prisioneros de la tecnología, ajenos afortunadamente a lo que ocurre a su alrededor a causa de los medicamentos o de la enfermedad yacen inertes, mientras se ejecuta el ritual de profanación de su dignidad*".
Pero nosotros los médicos intensivistas, no sabemos lo que usted piensa, qué es importante para usted y cómo le gustaría morir si su enfermedad está tan avanzada que las medidas terapéuticas no hacen sino demorar la llegada del momento final. Por ello, ahora que está bien es el momento de expresar su voluntad por si en algún momento se encuentra en una situación en que no puede expresarse. Para ello existe un documento que nosotros debemos respetar cuando lo atendemos y que tanto a usted como a nosotros nos ayuda a preservar su dignidad ante la muerte.

¿Qué es el testamento vital, voluntades anticipadas o instrucciones previas?

El testamento vital, las voluntades anticipadas o instrucciones previas, es el documento mediante el cual una persona mayor de edad o menor emancipado, con capacidad legal suficiente y libremente, manifiesta las instrucciones que sobre las actuaciones médicas se deben tener en cuenta cuando esté en una situación en la que las circunstancias le permitan expresar su voluntad.
En el documento de voluntades anticipadas la persona podrá hacer referencia a:

- Expresión de sus objetivos vitales y valores personales, a fin de ayudar en su día a la interpretación del propio documento y para que sirva de orientación a los médicos en el momento de tomar las decisiones clínicas que afectan al otorgante del documento.
- Instrucciones sobre el tratamiento médico y que se refiere a una enfermedad concreta o lesión que padezca en el momento de otorgar el consentimiento u otra que pueda padecer en el futuro.
- Se podrá también indicar intervenciones médicas que se desee recibir en caso de enfermedad, siempre acordes a la buena praxis médica y puede señalarse también aquellas que no se desee recibir.
- Nombrar un representante que actué como interlocutor ante el equipo médico responsable, cuando él no pueda expresarse.
- Hacer constar su decisión respecto a donación o no donación de órganos con finalidad terapéutica, docente o de investigación. En estos casos no se requerirá autorización para la extracción o utilización de los órganos donado.

Los límites respecto al contenido del documento de voluntades anticipadas son:

- No se podrán incluir en el documento decisiones contrarias al ordenamiento jurídico o la buena praxis médica y en caso de que se incluyan, se tendrán por no puestas.

¿Cómo formalizar el documento?

Existen dos formas:

- La escritura pública ante notario.
- Declaración ante 3 testigos mayores de edad y de los cuales 2 de ellos no podrán estar ligados con el interesado por razón de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta de 2º grado de consanguineidad o afinidad o relación patrimonial alguna.

¿Quién puede ser representante?

Podrá ser representante cualquier persona mayor de edad, no incapacitada legalmente, salvo:

- El Notario autorizante del documento.
- El Funcionario o empleado público encargado del Registro de la Voluntades.
- Los Testigos ante los cuales se formalice el documento.
- El Personal sanitario que debe aplicar las voluntades anticipadas.
- En el ámbito de la sanidad privada, el personal con relación contractual y el seguro médico en su caso.

La ventaja de designar un representante es que permite a la persona que actué como interlocutor ante el equipo sanitario, interpretar los valores personales y las instrucciones del otorgante cuando éste no se pueda expresar personalmente.
El documento de voluntades anticipadas sólo se hace efectivo cuando el otorgante no se pueda expresar, mientras tanto prevalecerá siempre su voluntad en cada momento, sobre lo que haya dejado escrito en el documento. Éste además podrá cambiarse tantas veces como se desee ante notario o ante tres testigos.
Cada comunidad autónoma tendrá un registro de voluntades anticipadas, para que los deposite allí la persona que lo desee y existirá interconexión entre los distintos registros de las distintas comunidades. A esta información sólo tendrá acceso personal autorizado y con firma electrónica.
La finalidad del registro es que el equipo médico tenga conocimiento de su existencia a efectos de tenerlo en cuenta en la atención al enfermo y a la hora de adoptar cualquier decisión clínica. Si el otorgante opta por no inscribirlo en el registro, la obligación de ponerlo en conocimiento del personal sanitario es de él, debiendo entregar una copia en el centro sanitario en el que es atendido para que sea incorporado en su historia o bien llevarlo consigo y hacérselo conocer al personal que lo atiende.
Si usted, es familiar y un ser querido no ha hecho testamento vital, debe manifestar cómo pensaba y que le hubiera gustado que se hiciera en las actuales circunstancias. Si no se siente escuchado por el médico que la atiende puede recurrir al Comité Ético Hospitalario.

Cómo y cuándo del estudio por ecografía

Eva Sánchez Lalana y Eva María Lacoma Latre. *Servicio de Radiología. Hospital San Jorge*

La ecografía es un método de estudio por imagen totalmente incruenta, sin uso de radiaciones ionizantes. La ecografía se realiza en un ambiente tranquilo, con el paciente tumbado, pero en ciertos momentos necesitamos su colaboración para un mejor estudio.

Recomendable siempre acudir con ropa cómoda, fácil de vestir y desvestir. Se debe dejar al descubierto la zona a explorar.
Si usted se hubiera hecho pruebas relacionadas con el estudio ecográfico es recomendable decírselo al radiólogo para que las revise en su historia clínica. En caso de haberlas hecho en otro centro, es aconsejable llevarlas el día de la cita.
Si no pudiera acudir a la cita, rogamos que avise con suficiente antelación para anular la hora. Así podremos citar a otra persona o atender posibles urgencias.
Vamos a hacer un breve resumen de las pruebas ecográficas más frecuentes, con sus distintas preparaciones en caso necesario y en qué momento necesitamos la colaboración del paciente.

ECOGRAFIA ABDOMINAL

Permite el estudio de los órganos sólidos, ciertas estructuras vasculares y pared muscular del abdomen.
El mayor enemigo para los radiólogos en el estudio ecográfico del abdomen es el gas intestinal, que provoca como una cortina que impide la valoración de los órganos situados posteriormente al intestino. Para evitar la mayor cantidad de gas intestinal posible, se le pide al paciente que venga a su cita en ayunas de 8 horas (además así también conseguimos que la vesícula biliar esté distendida y podemos valorar una posible patología vesicular) y en ocasiones también se pedirá que realice una dieta pobre en grasa el día previo a la exploración (podría tomar huevos, carnes y pescados a la plancha, leche y sus derivados). Si la exploración es por la tarde, puede desayunar a primera hora de la mañana, respetando siempre las horas de ayuno recomendadas. Si hace mucho calor, puede ingerir agua (la mínima cantidad necesaria). No debe suspender su medicación habitual, la puede tomar con un poco de agua. Los pacientes diabéticos deben advertirlo en el momento de la citación.
La exploración se hace con el paciente en decúbito supino (tumbado en la camilla), dejando el abdomen al descubierto. Durante el estudio, el médico le pedirá su colaboración haciendo inspiraciones profundas y manteniendo la apnea (coger mucho aire y aguantarlo en los pulmones el tiempo que sea posible): de esta manera se puede hacer mejor valoración del hígado y del bazo.

ECOGRAFIA DEL APARATO URINARIO / UROLÓGICA /PROSTÁTICA

Su finalidad es el estudio de los riñones, uréteres, vejiga y próstata (en los hombres).
Es recomendable acudir en ayunas (mismas pautas que para la ecografía abdominal).
La vejiga urinaria es el lugar donde se almacena la orina hasta la micción. Cuando está vacía, la vejiga es de pequeño tamaño con sus paredes dobladas sobre sí mismas. Para poder visualizar correctamente la pared de la vejiga, ésta debe estar completamente llena. El paciente debe orinar 2 horas antes de la cita. Desde ese momento el paciente tiene que beber un cuarto de litro de agua (NO otro líquido) cada media hora (un litro aproximadamente en 2 horas), imprescindible no volver a orinar. A la hora de la cita el paciente debe tener la vejiga llena, con muchas ganas de orinar.
En el estudio / control de ciertas patologías, tras el estudio con la vejiga llena, se le pedirá que vaya al baño a orinar, y luego se repetirá la ecografía (así se estima el residuo postmiccional).
Para las mediciones de próstata es necesario también tener repleta la vejiga.

ECOGRAFIA DE TIROIDES / CERVICAL

Permite el estudio de la glándula tiroides, glándulas submaxilares, parótidas y de las cadenas ganglionares cervicales.
No es necesaria ninguna preparación especial.
El paciente permanece tumbado en la camilla con el cuello extendido.

ECOGRAFIA MAMARIA

No es necesaria ninguna preparación especial.
El estudio se hace tumbada, con los brazos levantados por encima de la cabeza.
Evite el uso de cremas o desodorantes.
En ocasiones puede ampliarse el estudio con mamografía. En caso de estar realizadas en otro centro, es muy importante llevarlas consigo.

ECOGRAFIA TESTICULAR

No es necesaria ninguna preparación especial.
La exploración se hace con el paciente tumbado en la camilla y las piernas extendidas ligeramente separadas. El paciente sujeta el pene hacia arriba. El estudio es bilateral, es decir, de los dos testículos.

ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS / MUSCULAR / ARTICULAR

Estudio del sistema musculoesquelético.
Hacemos hincapié en recordar que lo primero que se realiza es un estudio estándar reglado (articulación, musculatura y tendones), pudiendo hacer comparación con el lado sano, para luego centrarnos en la zona de dolor. Muchas veces la patología la encontramos en distinto sitio al del dolor referido.

ECOGRAFIA DE CADERAS NEONATAL

En algunos casos (posición en nalgas durante el embarazo, gemelos... o según la exploración del recién nacido), el pediatra recomienda el estudio de las caderas. La ecografía es el método idóneo para el estudio de caderas en los recién nacidos, ya que la poca osificación de los huesos impide la correcta valoración en las radiografías. Además, la ecografía no emite radiación ionizante.
No es necesaria ninguna preparación.
El bebé se acuesta de lado con la cadera descubierta. Durante el estudio el médico realiza ciertos movimientos con la pierna, para poder estudiar la articulación en movimiento. El estudio siempre es bilateral, de ambas caderas.
A veces los bebés lloran. Para tranquilidad de los padres, recordamos que la ecografía no causa ningún dolor ni molestia.

ECOGRAFIA DOPPLER DE TRONCOS SUPRAAÓRTICOS

Estudio de las arterias carótidas (aporte sanguíneo al cerebro).
No es necesaria ninguna preparación especial.
El paciente permanece tumbado en la camilla con el cuello extendido.

ECOGRAFIA DOPPLER DE MIEMBROS INFERIORES

Estudio de venas y/o arterias de las piernas.
No es necesaria ninguna preparación especial.
Por lo general el estudio se hace con el paciente tumbado, aunque es posible que se haga de pie.
Durante el estudio de las venas se le pedirá que realice maniobras de Valsalva: espirar con la glotis cerrada (soplar con la boca cerrada). De esta manera podemos ver la dirección del flujo de la sangre.

MERRELL BOREAL HellyHansen THE NORTH FACE salomon trangoworld HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online

Para estar más cerca de ti

la puertaverde
OUTDOOR·STORE

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

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

www.lapuertaverdepanticosa.com