medicina salud
zonahospitalaria aragón

www.zonahospitalaria.com año III enero febrero 2017 nº8

Por un inviernoprimavera saludable

SUMARIO

3 Pacientes de Baja Visión 4 Errores y controversias en nutrición y alimentación 6 Cuidando al cuidador del paciente geriátrico 8 Atención del paciente en el antequirófano 9 ¿Puede nuestra alimentación influir en el sistema inmunológico? 10 Anestesia para la cirugía mayor ambulatoria 12 Alimentación en las personas mayores... 13 Fístulas perianales... 14 Marcha de puntillas 16 Nutrición en el enfermo celíaco 17 Fundación Juan Rioseras y Asociación Madres y Mujeres Arcoiris 18 Nutrición en el enfermo con fibrosis quística 20 Resultado de imagen de Imágenes de disruptores endocrinos 22 La gota. Enfermedad de reyes...y de plebeyos 24 Terapia ocupacional y rehabilitación cognitiva: la memoria 26 Mi primera visita al urólogo 27 Después de Navidad fuera los kilos de más 28 Curvatura de pene adquirida 29 Dudas sobre el contraste iodado 30 Salvar una vida está en tus manos

Zona Hospitalaria Aragón/Padre Consolación, 19. 50003 Zaragoza **Edita** PubliSic Estudio de Comunicación S. L. **Dirección** Alfredo Erroz **Subdirección** Patricia 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 (certificamos 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 Aragón para llegar a ellos:

- Revista escrita por los médicos y profesional sanitario de Aragón.
- Distribución de 10.000 ejemplares en Centros de Salud y Hospitales de Aragón.
- El pdf de la revista lo reciben 2.000 suscriptores y todos los Colegios Oficiales, Sociedades, Fundaciones y Asociaciones de Aragón vinculados con la medicina y la salud.
- La página web **www.zonahospitalaria.com** ha sido visitada por más de 102.000 personas en enero y supera los 1.500 artículos.

Solicita tarifas: aragon@zonahospitalaria.com
T 695 480 160

Pacientes de Baja Visión

Ángel Yanguas Alfaro y Silvia de la Llama Celis
Optometristas especilistas en Baja Visión de Yanguas Ópticos

Pº María Agustín, 113 (Pza. Europa) | 50003 Zaragoza | T. 976 443 995

YANGUAS ÓPTICOS

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

DMAE, glaucoma, retinopatía diabética, retinosis pigmentaria, miopía magna, y otras, provocan pérdida de visión.

Son patologías con afección visual, conllevan además de la pérdida de visión, una disminución de la calidad de vida: pérdida de movilidad, incapacidad para realizar tareas hasta ahora habituales, etc...
Dependiendo de la patología tendrán pérdidas de visión en el campo central o en la periferia. Estos pacientes no mejoran con la graduación en gafa, ni con acertados tratamientos médicos, farmacológicos o quirúrgicos,
Se consideran pacientes de Baja Visión, aquellos cuya Agudeza Visual en el mejor de los ojos es menor o igual al 30% o su Campo Visual inferior a 20º.

¿Cómo ven las personas con Baja Visión?

En función del motivo causante, la percepción puede ser borrosa, parcheada, reducida al centro de la visión o a la periferia, etc... Habrá quien sea capaz de leer y reconocer caras, pero no moverse con autonomía. Otros podrán caminar sin ayuda, pero no podrán leer carteles o reconocer caras.

¿Qué pasos debe seguir un paciente con Baja Visión?

Después de que su oftalmólogo le haya realizado el diagnóstico y tratamiento farmacológico y/o quirúrgico adecuado, ir a un centro especializado en Baja Visión.

YANGUAS ÓPTICOS dispone de Servicio en Baja Visión. Somos un equipo de optometristas especialistas en Baja Visión, capacitado para evaluar la ayuda óptica que pueda potenciar su resto visual y mejorar su calidad de vida.

¿Cómo procede el especialista en Baja Visión?

El equipo de especialistas le realizará una serie de pruebas.
Valorará la máxima visión que pueda aprovechar, le prescribirá los aumentos necesarios para su caso según sus necesidades y limitaciones visuales, ejercicios para enseñarle a usar y sacar el máximo aprovechamiento de su visión y del uso de las Ayudas Visuales y programas para mejorar las habilidades de su vida diaria con el fin de obtener la máxima autonomía personal.

¿Qué son las Ayudas Visuales?

En función del resto visual del paciente y de su patología se prescribirán diferentes tipos de Ayudas. En el caso por ejemplo de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), es una degeneración de los tejidos que ocupan la retina central, responsable de la visión del color y de los detalles de nuestra línea de mirada. No suele afectar a la periferia de la misma, con lo cual los objetos grandes no dejan de verse. Sin embargo, los objetos pequeños del centro de la mirada quedan parcialmente o totalmente ocultos a la vista.
Una vez definida con precisión la graduación y los datos de calidad visual del paciente, le prescribiremos una o varias ayudas ópticas especificas, cuya misión es la de aumentar o agrandar el tamaño de los detalles. De esta forma podrán ser vistos con el resto visual periférico que aún conservan. Existe una enorme cantidad de opciones que con diferentes niveles de dificultad hay que entrenar para poder extraer de cada una de ellas el máximo rendimiento.

En **YANGUAS ÓPTICOS BAJA VISIÓN** le vamos a calcular el aumento necesario y la distancia de trabajo para cada ayuda, desde una simple lupa hasta una ayuda electrónica.

En el caso de afecciones de retina periférica como la retinosis pigmentaria o el glaucoma cobra especial atención la rehabilitación en orientación y movilidad y **controlar la luz** que entra en retina. Con lo cual cobran especial importancia **los filtros selectivos**.
Los filtros selectivos, favorecen el contraste tan disminuido en los pacientes con Baja Visión, reducen el deslumbramiento y favorecen la adaptación del paso de luz a oscuridad tan molesta para la visión de cualquier paciente.
Cuando el deslumbramiento afecta lateralmente , podemos evitarlo con monturas que llevan filtros laterales, evitando la entrada de luz...
En **YANGUAS ÓPTICOS** le personalizamos el filtro selectivo que el paciente necesita, bien por deslumbramiento de luz artificial como para luz exterior.
El filtro selectivo reduce la luz que provoca malestar visual, el paciente manifiesta mayor confort visual, máxima protección UV, máximo contraste, máxima transmitancia (pasa la luz beneficiosa para la visión y no la que molesta) y prevención.
Como se puede comprobar, estamos ante un problema de salud complejo que precisa de una ayuda multidisciplinar especializada (oftalmólogos, optometristas especialistas en Baja Visión, psicólogos) para obtener los resultados de una buena terapia.
La clave está en hacer entender al paciente que debe iniciar una nueva etapa de vida mediante el uso y entrenamiento de las ayudas para rehabilitar el resto de visión que aún le queda, por disminuida que sea.
Desde **YANGUAS ÓPTICOS** aconsejamos que estar bien informado es el primer paso para prevenir.
El 80% de las cegueras son evitables con una detección precoz, si se identifican de una manera temprana. Esto permite una intervención de la enfermedad, por parte del oftalmólogo.

Errores y controversias en nutrición y alimentación

Dra. Elena Castellar Otín
Especialista en Medicina Interna. Máster en Nutrición y Planificación Dietética. Hospital de Barbastro

Los tópicos, mitos, errores y controversias en nutrición han sido frecuentes a lo largo de la historia, dado que el tema interesa y se aborda con desconocimiento. El control de peso es un tema que preocupa especialmente a un elevado porcentaje de la población. Entre la población circulan muchas ideas en relación con la nutrición que se consideran realidades probadas y que, sin embargo, no han sido demostradas científicamente.

Es frecuente que se agrupen los alimentos en buenos o malos, que engordan o adelgazan, si son útiles o perjudiciales para la salud cardiovascular, etc. Pero la nutrición es una ciencia compleja, en la que cualquier simplificación puede ser un error.
Dado que la nutrición correcta es importante para conseguir tanto una salud óptima, como una capacidad funcional satisfactoria, conocer los tópicos en nutrición, y luchar contra ellos, puede contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de los individuos, y de la población en general.

¿Los alimentos son buenos o malos?

La clasificación de los alimentos en buenos o malos es una práctica frecuente, y muy equivocada, dado que ningún alimento puede considerarse perfecto, pues ninguno tiene todos los nutrientes que necesitamos, y ningún alimento puede ser considerado perjudicial a priori, ya que cualquier producto tomado en cantidades moderadas es aceptable, sólo se pueden juzgar las dietas de forma global, no los alimentos por separado.
En el momento actual, hay corrientes que "mitifican" algunos alimentos como beneficiosos para la salud y la longevidad (miel, jalea real, ajos, etc) sin que haya datos científicos que avalen esas creencias cada vez más extendidas. Mientras que otros alimentos, como hamburguesas o Fast-food con señalados como "peligrosos". Otros, como la leche, se llegan a considerar innecesarios una vez pasada la primera infancia, sin embargo su eliminación de la dieta puede suponer un riesgo nutricional claro en algunas personas.
Basta con navegar un poco por Internet o escuchar algunos programas de televisión para ver que se ha llegado a decir que la lechuga disminuye el colesterol, que el limón destruye los glóbulos rojos, que la falta de calcio provoca manchas en las uñas, o incluso que las nueces son buenas para el cerebro porque su aspecto recuerda a dicho órgano. Ninguna de estas afirmaciones pueden ser demostradas científicamente.

Valor nutricional de los alimentos

En relación al valor nutricional de los alimentos también existen muchos tópicos. Por ejemplo, que las espinacas son la mejor fuente de hierro; sí, contienen mucho hierro, pero de peor utilización que el hierro de origen animal, y además su contenido en oxalatos dificulta la propia absorción del hierro.
Se cree que los cítricos son las mejores fuentes en vitamina C, pero algunos alimentos como las fresas contienen mayor cantidad de esta vitamina que los cítricos.
El azúcar refinado tiene peor "fama" que la miel o el azúcar moreno, cuando se trata en todos los casos de edulcorantes con gran cantidad de calorías, que deben tomarse siempre con moderación, y la variación de nutrientes entre ellos no merece la pena pensar en diferencias.
Otro tópico es el pensar que los aditivos utilizados en el procesado de los alimentos son peligrosos. Recientes investigaciones de marketing revelan que los consumidores continúan estando muy preocupados por los aditivos. Sin embargo, la mayor parte de los productos, añadidos a los alimentos, son sometidos a controles incluso más rigurosos que los de los propios alimentos naturales. Por ello, en general la utilización de aditivos autorizados es positiva, y se pueden tomar sin miedo.

Los alimentos no engordan ni adelgazan

El concepto de "balance energético" puede ser comprendido por casi todo el mundo. Es

lógico pensar que si comemos más de lo que gastamos, el balance será positivo: es decir, ganaremos peso. Pese a ello, cuando se trata de conseguir un descenso de peso, la gente busca productos o alimentos "milagrosos", que en casi todos los casos no se sustentan con rigor científico.

Algunos productos tienen una "mala fama" injustificada. Por ejemplo, el pan, la pasta o la carne son algunos de los alimentos que más frecuentemente la gente elimina cuando sigue una dieta de adelgazamiento. Conseguir pérdidas de peso importantes en poco tiempo es ficticio, porque se pierde glucógeno y agua, y se asocia no sólo a riesgo sanitario sino también a una recuperación casi segura de peso posterior.

Respecto al momento del día en que comemos los alimentos, también existen mitos como que "la fruta tomada en el postre engorda más", pero no hay ningún fundamento científico que avale esta afirmación. Es más, si no tomamos fruta de postre, y tampoco en otro momento del día, se verá seriamente reducida la cantidad de vitaminas ingeridas.

Las dietas disociadas, por poner otro ejemplo, surgieron en principio pensando que el aparato digestivo no podía digerir algunas mezclas de alimentos, pero pronto se comprobó que esto no era cierto. Es más, ningún alimento contiene sólo un tipo de nutriente; por ejemplo, el pan, aunque su composición sea básicamente hidrato de carbono, también tiene proteínas, grasas e incluso minerales. Y la carne, tampoco es "pura proteína", también contiene otros nutrientes. De manera que cabe pensar que el aparato digestivo está preparado para digerir todos los nutrientes a la vez.

Nuestros ancestros ya sabían que "lo único que no te engorda es lo que dejas en el plato".

Alimentos "buenos" para el corazón

Los condicionantes de las enfermedades cardiovasculares son muy variados, pero se ha prestado en los últimos años mucha atención al control del colesterol sanguíneo, y es un error centrarlo en el temor a los alimentos que aportan colesterol. Las personas necesitamos colesterol, es fundamental para nuestra regulación hormonal entre otras funciones. Lo correcto es vigilar la ingesta total de colesterol, y no el consumo de alimentos concretos. Considerar que las grasa vegetales son mejores que las grasas animales, por ejemplo, es un error muy extendido. Las grasas vegetales pueden ser tanto o más aterogénicas que las animales.

Consejos prudentes

- No hay alimentos buenos ni malos, se debe pensar en cantidades correctas o excesivas.
- Es conveniente seguir las pautas de un experto de nutrición, porque la Nutrición es una ciencia. Los mensajes emitidos por radio, televisión o revistas deberían ser contrastados con expertos en la materia.
- La educación nutricional debería comenzar en las escuelas, e impregnar a toda la comunidad si queremos que se produzcan cambios en el futuro.
- Siempre que queramos intentar perder peso, debemos pensar en aquellos hábitos, que no dieta, que podamos mantener en el tiempo. Todas aquellas dietas que nos hagan conseguir un resultado rápido, pero no se puedan mantener en el tiempo, nos conducirán a un fracaso seguro.
- Intentar mantener hábitos saludables, junto con la mentalidad de realizar ejercicio físico, son las bases del éxito.

Cuidando al cuidador del paciente geriátrico

Talleres de apoyo al cuidador en el Hospital Nuestra Señora de Gracia

Marta González Eizaguirrea, Carmen Deza Péreza e Ignacio Ferrando Lacartea. *Médicos residentes de Geriatría*
Carmen Cánovas Parejab. *Médico Adjunta de Geriatría*
Genoveva Labaric. *Enfermera del enlace*
Maria Jesús Heillin. *Terapeuta ocupacional*
María Luisa Gaspar. *Enfermera de Consultas Externas*
Beatriz Monteverde. *Nutricionista*
Hospital Nuestra Señora de Gracia

El paciente geriátrico es aquel que además de tener una edad avanzada, presenta un trastorno funcional físico y/o psíquico, de pluripatología, de polifarmacia y de fragilidad social. Se calcula que entre los pacientes mayores de 65 años que están ingresados en un hospital de agudos hay un elevado porcentaje que reúnen estas características (Datos obtenidos de la página oficial de la SEGG).

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos (SCPD), también denominados síntomas conductuales y emocionales o síntomas neuropsiquiátricos *(Garrido Barral , A. Cuidando al cuidador. Revista española de geriatría y gerontología, 2003 (38) 4:189-191).*

En el último informe de la OMS *(Datos sacados de la página oficial de la OMS)*, la demencia afecta a nivel mundial a unos 47,5 millones de personas, de las que algo más de la mitad (58%) viven en países con rentas bajas y medias. Cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos.
Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general a partir de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento. Se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente pase de 75,6 millones en 2030 a 135,5 millones en 2050.

Perfil del cuidador del paciente geriátrico

Los cuidadores de personas en situación de dependencia son aquellos que prestan a un enfermo con dependencia los apoyos necesarios para cubrir sus necesidades básicas y aquellas otras derivadas de su condición de dependencia.
El cuidador principal es aquel miembro de la familia que se ocupa mayoritariamente del cuidado del familiar con dependencia, asumiendo un mayor grado de responsabilidad en los cuidados, en el tiempo y esfuerzo invertido y en la toma de decisiones.
Por lo general, los apoyos que prestan los cuidadores se dirigen tanto a la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, como a las de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
El cuidador habitual del paciente geriátrico con deterioro funcional y en especial de aquellos con problemas cognitivos y de inmovilidad, que viven en el domicilio, está expuesto a una gran carga diaria de trabajo físico y estrés emocional que se prolonga en el tiempo. En muchos casos son cónyuges, personas de edad también avanzada, o hijos con escasa formación en la atención a las tareas diarias que sus familiares necesitan.
En una encuesta efectuada por la National Alliance for Caregiving *(Fowler,C. Cuidando al cuidador. Nursing 2015; 32 (1): 34-37)*, los cuidadores señalaron que los aspectos que tenían más interés en aprender eran los

siguientes: movilización y levantamiento de la persona cuidada , seguridad en el domicilio y en la alimentación , control del estrés emocional y físico, comunicación abierta con los profesionales sanitarios, toma de decisiones relativas a la fase terminal, control de los comportamientos difíciles, control de la incontinencia.

En otro estudio (AARP) se demostró que los cuidadores desean conocer todo lo posible respecto a las estrategias de su tarea, especialmente cuando sus seres queridos llegan a las fases avanzadas del proceso de la enfermedad. Señalaron que quieren conocer los métodos específicos para vestir y bañar al paciente, controlar su incontinencia y moverle de un lugar a otro.

Talleres de apoyo al cuidador

Desde el Servicio de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de Gracia, se ha consolidado un equipo multidisciplinar formado por un médico adjunto, tres médicos residentes de la especialidad, una terapeuta ocupacional, una enfermera de enlace, una enfermera de Consultas Externas y una nutricionista que han presentado distintas iniciativas encaminadas a la formación del cuidador en distintos ámbitos.

A parir de Febrero se impartirán los siguientes talleres de apoyo al cuidador con la expectativa de poder mejorar el manejo del paciente geriátrico:

El dia 8 de febrero de 2017: Nutrición y dificultades en la alimentación.

El día 15 de febrero de 2017: Ayuda a la movilización del paciente geriátrico.

El día 22 de febrero de 2017: Demencia y apoyo a cuidadores de paciente con demencia.

Todos los talleres se realizarán en el Hospital Nuestra Señora de Gracia en la segunda planta en la Sala Madre Rafols en horario de 16:00 a 17:00 pm.

La entrada es gratuita y es posible inscribirse enviando un correo a tallercuidador2016@hotmail.com

Nutrición y dificultades en la alimentación

En este taller se ofrecerá una amplia explicación acerca de lo que es la disfagia en paciente geriátrico y se instruirá a los cuidadores en como realizar una correcta alimentación.

Se darán una serie de recomendaciones por parte de nuestra enfermera de enlace y la nutricionista para realizar durante el cuidado de la comidas: modificaciones ambientales, técnicas posturales, manejo de espesantes y dietas especiales.

Al final del taller se podrá realizar una práctica para aprender a espesar líquidos.

Ayuda a la movilización

Este segundo curso correrá a cargo de nuestra terapeuta ocupacional quien nos enseñará el correcto manejo en domicilio de un paciente tras fractura de cadera o tras proceso Neurológico agudo (ACV, hemorragia cerebral...).

Se explicará la importancia de una buena movilización y contará con una parte práctica con material adaptado para familiarizarse y poder utilizarlo posteriormente en el hogar.

Demencia y apoyo a cuidadores de pacientes con demencia

La última de las sesiones será impartida por nuestra enfermera de Consultas Externas especializada en la atención a pacientes con demencia y realizará asesoramiento a las familias cuidadoras sobre diversos aspectos de la enfermedad y su manejo.

Se expondrán las distintas fases de la demencia, se explicarán las posibles complicaciones que pueden surgir cuando un familiar comienza en este proceso y como poder manejar diferentes situaciones que podrían sobrecargar al cuidador.

¡Os esperamos!

Equipo multidisciplinar de apoyo al cuidador.
Hospital Nuestra Señora de Gracia

Atención del paciente en el antequirófano

María Abad Sanz, Alberto Huici Germán, Herminia Navarro Castañ
Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital de Barbastro
Sara Aranda Orós, María José Espín Utrera, Carmen Monterroso Blanco
D.U.E.s Hospital de Barbastro

Desde que un paciente ingresa en el hospital para ser intervenido quirúrgicamente pasa por diferentes estancias hasta que llega al quirófano.

La acogida es el lugar de transición entre la familia y el momento de la intervención quirúrgica. En este lugar se debe dar al paciente seguridad y tranquilidad. Tenemos que preservar la intimidad del paciente y procurar un ambiente relajado. Responder a las dudas que se le planteen o trasmitirlas al anestesista o cirujano y comunicar cualquier irregularidad percibida durante la preparación del paciente.

Una vez que los pacientes son recibidos en la sala es importante comprobar:

- Identidad del paciente.
- Alergias medicamentosas o alimentarias y la medicación que toma (mostrando especial atención a la suspensión de anticoagulantes y antiagregantes).
- Enfermedades importantes, tanto por el riesgo que puede suponer para el paciente en relación con los procedimientos que se le van a realizar, como por el riesgo que puede tener el personal sanitario (virus de la hepatitis, SIDA...).
- Cumplimiento de las horas de ayunas recomendadas (6 horas para alimentos sólidos y 2 horas para líquidos claros).
- Portador de prótesis dental, audífonos, lentillas...
- Portador de objetos metálicos (joyas, piercings).
- Comprobación de vías venosas y sondas, número de calibre y si funcionan correctamente.
- Si llevan esmalte de uñas hay que retirarlo porque puede artefactar la pulsioximetría.

Antes de entrar a quirófano

Una vez comprobado lo anteriormente descrito, prepararemos al paciente para su paso a quirófano:

- Colocamos un gorro para el pelo y retiraremos la ropa interior en caso de ser necesario y el camisón o pijama. Al paciente lo taparemos con una sábana.
- Colocación de electrodos. En ocasiones deberemos colocarlos en la espalda del paciente si el cableado interfiere con el campo quirúrgico.
- Añadiremos sistemas de alargaderas de vías o mayor número de llaves si durante la cirugía tenemos limitación de acceso a las mismas.
- En cirugía traumatológica es frecuente encontrar pacientes que lleven férulas, yesos o tracciones que deberemos retirar.
- Tomamos las constantes: tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno. Si las cifras están alteradas hay que avisar a anestesia.
- Se administran sueros templados. Esto ayuda a disminuir las pérdidas de calor por parte del paciente dentro de quirófano. En caso de que el paciente refiera frío o la temperatura ambiental se baja debemos colocar mantas.
- Poner gafas de oxígeno si es necesario dependiendo de la saturación del paciente o en caso de que se le administre sedación.
- En ocasiones y por indicación médica se administran dosis de antibióticos profilácticas, antieméticos, u otros tipos de medicación.
- En el campo quirúrgico: comprobaremos el lado a operar y si la zona está debidamente desinfectada y rasurada.

Comprobar la historia del paciente

En la historia del paciente comprobamos:

- Consentimientos informados de anestesia y de la intervención a realizar. El paciente debe estar debidamente informado de la intervención que se le va a realizar y de los riesgos que esta supone.
- Revisaremos la medicación administrada en planta, así como las últimas constantes y otras pruebas que hayan realizado antes de bajar al quirófano.

En ocasiones el antequirófano es escenario de la realización de bloqueos anestésicos de plexos nerviosos o la preparación y anestesia de la vía aérea difícil.

Los bloqueos de plexos nerviosos consisten en la inyección de un anestésico en la proximidad del nervio reponsable de la sensibilidad del territorio a operar. Se puede realizar con ayuda de un neuroestimulador o con la visualización directa mediante ecografía. El neuroestimulador es un aparato que se emite un estímulo eléctrico que facilitará al anestesista localizar el nervio gracias a la respuesta motora que se produce. Una vez encontrado se inyecta el anestésico. Suele tardar aproximadamente 20 minutos en hacer efecto completo dependiendo del anestésico que se haya usado.

Una vez que se ha preparado al paciente y se hayan comprobado que todo sea correcto se avisará al personal médico y el paciente será trasladado al quirófano para iniciar la intervención.

La acogida es por lo tanto un espacio donde se realizan actividades de importancia vital para que no fallen cosas esenciales en el quirófano.

¿Puede nuestra alimentación influir en el sistema inmunológico?

Marta Piñero Flores
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00149

Hay épocas del año en las que la salud tiende a sufrir más; situaciones como estrés prolongado, dietas inadecuadas, cambios de temperatura o el descanso insuficiente hacen que nuestro cuerpo se resienta y desciendan nuestras defensas. Hay signos, como heridas en los labios, cansancio prolongado, heridas que tardan en cicatrizar, dolores musculares o fragilidad del cabello, que delatan que las defensas de nuestro organismo están disminuidas.

Lo ideal sería evitar hábitos y situaciones que puedan debilitar nuestro organismo y una alimentación adecuada es la clave para ayudarnos a superar épocas duras, pues permite reforzar el sistema inmunológico. Así pues, es importante que nuestro sistema inmune esté reforzado y nuestras defensas a tope. El sistema inmunológico a diario protege a las personas de los gérmenes y microorganismos. En la mayoría de los casos, el sistema inmunológico desempeña sus funciones con asombrosa eficacia para mantener saludables a las personas y prevenir infecciones. Sin embargo, en algunas ocasiones, problemas con el sistema inmunológico pueden producir enfermedades e infecciones.

Reducción de las grasas

La ingesta energética tiene una influencia considerable en la actividad inmunológica. La reducción de las grasas en la dieta es importante para el control del peso, pero también influye en el funcionamiento del sistema inmunológico. Parece ser que las dietas ricas en grasas reducen la respuesta inmunológica, aumentando así el riesgo de infecciones. Por lo tanto, si se reduce el contenido de grasa en la dieta, la actividad inmunológica aumenta. El consumo regular de productos lácteos fermentados como el yogur o el kefir pueden aumentar las defensas inmunológicas intestinales. Algunos estudios recientes sugieren que el yogur elaborado con ciertas bacterias, denominadas bacterias probióticas, puede tener un efecto beneficioso en el sistema inmunológico.

Existen unos nutrientes directamente relacionados con el sistema inmunológico.

Vitaminas

- **Vitamina C:** reduce la duración y la severidad de las gripes y resfriados. La encontramos en frutas, verduras y hortalizas, como las fresas, el kiwi, cítricos, melón, pimiento, tomate y col.
- **Vitamina A:** contribuye a mantener las barreras naturales contra las infecciones (mucosas). La encontramos en hígado, mantequilla, nata, huevos, lácteos y algunas frutas como el albaricoque, cerezas, melón y melocotón.
- **Vitamina E:** aumenta la respuesta inmunológica. Presente en aceite de germen de trigo, de soja, cereales (pan, arroz, pasta integral...), aceite de oliva, vegetales de hoja verde y frutos secos.
- **Otras vitaminas:** tienen especial importancia las vitaminas del grupo B; la carencia de ácido fólico o vitamina B9 suprime la respuesta de algunos linfocitos, lo que a su vez se acompaña de una disminución de anticuerpos (sustancias que luchan contra los gérmenes y tóxicos). También se sabe que las deficiencias de tiamina o B1, riboflavina o B2, ácido pantoténico o B5, biotina o B8 y cianobalamina o B12, pueden disminuir la producción de anticuerpos.

Minerales

- **Hierro:** hígado, carne (especialmente la de caballo), pescado y huevos.
- **Zinc:** la carencia de cinc es relativamente frecuente en niños, mujeres embarazadas, madres lactantes, ancianos y personas vegetarianas o que realizan dietas bajas en calorías. El consumo habitual de tabaco también se puede considerar factor de riesgo de déficit. Su carencia influye en el sistema inmunológico y afecta fundamentalmente a órganos linfoides (que producen linfocitos) y a la respuesta inmunológica. Encontramos este mineral en mariscos, hígado, semillas de calabaza, quesos curados, legumbres y frutos secos, cereales completos, carnes, pescados, huevos y lácteos.
- **Selenio:** afecta a la inmunidad, estando disminuida, entre otros, la actividad bactericida, la respuesta de los anticuerpos frente a ciertos tóxicos y el desarrollo de linfocitos. Lo encontramos en carne, pescado, marisco, cereales, huevos, frutas y verduras.

El mantenimiento del sistema inmunológico requiere un consumo constante de todas las vitaminas y minerales necesarios. Para ello, hay que asegurarse de seguir una dieta equilibrada que incluya frutas y verduras en abundancia, y yogures o productos similares. Sin olvidarnos de realizar ejercicio físico a diario y conseguir unos buenos hábitos.

Anestesia para la cirugía mayor ambulatoria

Alberto Huici Germán, María Abad Sanz, Lucía Bentué Oliván, Herminia Navarro Castañ, María Constanza Arana Lenis, Julia Ungría Murillo
FEAS de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor del Hospital Comarcal de Barbastro

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) nos permite tratar a determinados pacientes de forma segura y eficaz sin necesidad de ingreso hospitalario. Estos procedimientos se pueden realizar con anestesia general, regional y local y los pacientes regresarán a su domicilio tras un periodo de observación y control.

En las dos últimas décadas hemos asistido a un incremento espectacular en el número de procedimientos que se realizan por CMA debido sobre todo al desarrollo tecnológico, y al desarrollo de nuevos fármacos anestésicos, además de contar con personal auxiliar y de enfermería más preparados. Hoy en día hasta un 70% de las cirugías programadas pueden realizarse en CMA, lo que genera un gran ahorro económico.

Selección de pacientes

Depende de criterios médicos, quirúrgicos y sociales.

- **Criterios médicos:** en general serán pacientes ASA I (pacientes sanos) y II (pacientes con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante como hipertensión arterial, Diabetes, etc...) sin alteraciones mentales y psicológicas. Excepcionalmente algún ASA III-IV si su enfermedad está estable y no se ha descompensado en los últimos tres meses. La edad avanzada no es excluyente por si sola. La obesidad mórbida ha dejado de ser criterio de exclusión para CMA, pero se ha de valorar de forma individualizada.
- **Criterios Sociales:** Aceptación por parte del paciente tras la información correspondiente. La vivienda del paciente debe carecer de barreas arquitectónicas, además de tener unas condiciones de higiene mínimas. Es imprescindible un teléfono, así como la presencia de un adulto responsable durante las primeas 24-48 h del postoperatorio en el domicilio.
- **Criterios quirúrgicos:** Deben ser procedimientos quirúrgicos poco complejos y que permitan una recuperación adecuada para no retrasar el alta.

No durar más de 90 minutos bajo anestesia general ya que si no pueden aumentar las complicaciones postoperatorias y con ello la posibilidad de ingreso. Que permitan la tolerancia oral y la deambulación precoz. Procedimientos con pérdidas sanguíneas mínimas.

Preparación y valoración preoperatoria

La valoración la realizaremos a través de la consulta preanestésica. Realizaremos una anamnesis y exploración físicas. En los pacientes que presentan una historia y una exploración física normales, las pruebas preoperatorias de rutina tienen poco valor y encarecen

innecesariamente el proceso. Se solicitaran las pruebas complementarias estrictamente necesarias.
En la consulta proporcionaremos la premedicación necesaria para la noche previa a la cirugía. A los fumadores avisarlos que no fumen por lo menos en las 6 horas previas a la cirugía, para que los niveles de carbónico se normalicen.
La validez de las pruebas complementarias, si no se ha modificado el estado físico del paciente, es de 6 meses para ASAI y II, y 3 meses para ASA III y IV.

Fármacos y técnicas anestésicas

Los efectos beneficiosos de la premedicación en anestesia ambulatoria no sólo reducen las complicaciones pre e intra operatorias sino que pueden acortar el tiempo de alta. La premedicación debe servir para: disminuir la ansiedad, reducir los factores de riesgo de aspiración, reflujo gástrico y prevención de las náuseas y vómitos postoperatorios y el inicio de la analgesia.
Con respecto a las técnicas anestésicas podemos utilizar desde la infiltración local y sedación hasta la anestesia general con intubación traqueal y ventilación mecánica. Siempre teniendo en cuenta un manejo especial de la anestesia ambulatoria, ya que debemos pensar que el paciente regresara en pocas horas a su domicilio. Los objetivos de la anestesia general serán proporcionar la profundidad anestésica adecuada, con control hemodinámico estricto y que permita un tiempo de recuperación corto y con mínimos efectos secundarios.
Con respecto a la anestesia regional, esta presenta muchas ventajas en el paciente ambulatorio, limitando la zona anestesiada a la zona de la intervención, y además disminuirá la incidencia de efectos secundarios asociados a la anestesia general (mareo, obnubilación, náuseas y vómitos, etc....).

Control postoperatorio

El control postoperatorio se realiza en la Unidad de Reanimación Post Anestésica (URPA). La URPA debe de estar dotada de monitorización básica y sus funciones serán, la vigilancia de los pacientes en el postoperatorio inmediato, la recuperación hemodinámica y respiratoria, y el tratamiento adecuado del dolor y la profilaxis y tratamiento si es preciso de los efectos indeseables de la anestesia (náuseas, vómitos, temblores, ...), la reversión del bloqueo anestésico en el caso de los bloqueos nerviosos centrales y el tratamiento de los efectos indeseables si aparecen y la información al paciente sobre el proceso operatorio y perioperatorio.
El tratamiento del dolor postoperatorio en CMA ha de ser multimodal con la administración de analgesia profiláctica por vía oral o parenteral preoperatoriamente. Analgesia con antinflamatorios (AINES) parenterales intraquirúrgicos. Infiltración de las heridas quirúrgicas e instilación de anestésicos locales en las cavidades. AINES/opioides parenterales en postoperatorio inmediato. Utilización de otros fármacos complementarios, como corticoides o sedantes orales, mórficos o AINES intraarticulares.

Criterios de alta domiciliaria en CMA

Deambulación. Orientación temporo-espacial. Constantes clínicas estables. No signos de alerta clínica (sangrado, integridad nerviosa o circulatoria después de cirugía de extremidades,...). No náuseas ni vómitos. Analgesia eficaz; Dolor controlable con analgésicos orales. Entrega del informe operatorio y de las órdenes y recomendaciones postoperatorias. Presencia de un adulto responsable acompañante. Aceptación del alta por parte del paciente y del adulto responsable. Existencia de un teléfono de contacto hospitalario. Tolerancia a líquidos y micción espontánea. Estos dos últimos criterios no son obligatorios.

(Ver Bibliografía: www.zonahospitalaria.com)

Todos los servicios médicos muy cerca de ti

- Te atenderemos seas o no asegurado de MAPFRE
- Financiación a tu medida
- Especialidades de la Unidad Odontología:
  - Endodoncia
  - Estética dental
  - Higiene dental
  - Implantología
  - Odontopediatría
  - Odontología general y conservada
  - Ortodoncia
  - Periodoncia
  - Revisiones periódicas

Camino de las Torres, 16-18
50008 Zaragoza
T. 976 49 11 96

CENTRO MÉDICO MAPFRE Salud

Alimentación en las personas mayores: Envejecimiento saludable

Dra. Elena Castellar Otín. *Medicina Interna. Hospital de Barbastro*
Dra. Irene Burgasé Estallo. *Endocrinología. Hospital de Barbastro*

No nos engañemos: no hay fórmulas mágicas que aseguren la eterna juventud, ni alimentos, ni fármacos. Existe un gran desconocimiento de cómo ciertos factores aceleran o retrasan los procesos de envejecimiento. Pero sin lugar a dudas, el aumento en los años de expectativa de vida se ha debido, en primer lugar, a la mejora de la alimentación, vivienda y sanidad ambiental, y en segundo lugar, a los logros de la medicina.

La nutrición, junto con los hábitos de vida, pueden contribuir a empeorar o a preservar la pérdida de funciones corporales y de los tejidos del cuerpo, que de forma generalizada van "envejeciendo" a lo largo de la vida. Nos hacemos mayores por fuera, y por dentro.
En general, las personas de mayor edad disminuyen su actividad física, con lo cual se pierde masa muscular, y por tanto se necesita cada vez menos energía. Por eso, las personas mayores tienden a tener menos masa muscular y más grasa. Debemos, por tanto, esforzarnos por alcanzar una población de edad más vigorosa, activa a independiente.

Indicadores de un mal estado nutricional

Los principales indicadores que nos ponen en la pista de un mal estado nutricional en las personas de edad avanzada son:
Pérdida de peso, obesidad, cambios en su estado funcional ("ya no hace las cosas que hacía antes"), ingesta inapropiada mantenida de alimentos, y algunas alteraciones en la analítica que le solicite su médico (albúmina, minerales, lípidos, etc).

Ingesta de alimentos

Hay una serie de factores que afectan a la ingesta de alimentos, que suelen darse con mayor o menor frecuencia en las personas de edad avanzada:

- **Masticación:** cuanto más vive la gente, mayor es la posibilidad de perder piezas dentales (y menor la posibilidad de reemplazarlas). La incapacidad para la masticación adecuada conduce a modificaciones de la dieta, pues se tiende a sustituir alimentos crudos (frutas, hortalizas) por alimentos blandos o cocinados (carnes).
- **Depresión:** un estado de ánimo deprimido, frecuente en las personas más ancianas pero también en las que no lo son tanto pero tienen enfermedades crónicas, puede afectar tanto induciendo a un mayor consumo de alimentos (sobrealimentación) como al rechazo de los alimentos, o incluso al excesivo consumo del alcohol (dejando también de comer los alimentos suficientes).
- **Interacciones nutrientes-fármacos:** la administración conjunta de medicamentos y alimentos puede dar lugar a reacciones que modifiquen la acción de los medicamentos. De modo que el consumo crónico de medicamentos puede dar lugar a implicaciones como la disminución en la absorción de nutrientes, la alteración en la absorción del calcio, o de muchas vitaminas.
- **Disminución de los sentidos del gusto y olfato:** con la modificación de estos sentidos, asociados al envejecimiento normal, disminuye el placer de comer y se pierde el interés por los alimentos. También pueden verse alterados por fármacos, o por enfermedades asociadas.
- **Actividad física:** la reducción de actividad física es, probablemente, uno de los factores que más afectan al estado nutritivo de las personas de edad avanzada. Además, una menor capacidad para hacer ejercicio también implica una disminución en el consumo de energía.
- **Factores socio-económicos:** entre los individuos que viven solos, aparece la tendencia a consumir comidas fáciles de cocinar o ya preparadas, que suelen ser de mucha peor calidad nutricional. Por eso, la falta de motivación para cocinar, o la incapacidad para hacer, suelen resultar en dietas muy desequilibradas. Muchas personas de edad avanzada, además, no tienen el poder adquisitivo suficiente para hacer frente a una nutrición adecuada.
- **Hospitalización:** inmovilización prolongada, falta de estímulos, pérdida ósea acelerada, etc. La hospitalización es un factor severo de riesgo de malnutrición en muchas personas.
- **Agua:** el contenido total de agua del organismo disminuye con la edad. En las personas mayores, el mecanismo de la sed puede fallar, especialmente en aquellos más enfermos. Por eso es muy importante que se consuma agua aunque no tengan sensación de sed, ya que muchas veces beben menos de lo necesario por falta de costumbre, porque no les gusta o por pérdida de la sensación de sed.

Recomendaciones clave para un envejecimiento saludable

- COMER bien puede y debe ser un PLACER, además de beneficioso para la salud. Las recetas y las ideas de cocina pueden hacer más fácil poner en práctica los consejos recibidos.
- La buena alimentación empieza con una BUENA COMPRA.
- Consumir alimentos protectores: pescado, frutas, verduras, legumbres, hortalizas.
- Consumir aceites vegetales, principalmente de oliva.
- No usar mucha sal.
- Beber agua a intervalos regulares, aunque no se tenga sed.
- Moderar el consumo de azúcar.
- Aumentar el consumo de fibra: las mayores fuentes de fibra son cereales integrales, frutas, hortalizas y leguminosas.
- Elegir alimentos de fácil masticación, si es necesario.
- Intentar mantenerse en peso correcto, sano, y estable.
- Estar físicamente activos, al menos 30 minutos al día.
- No fumar

Fístulas perianales: ¿Qué son? ¿Cómo pueden diagnosticarse?

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

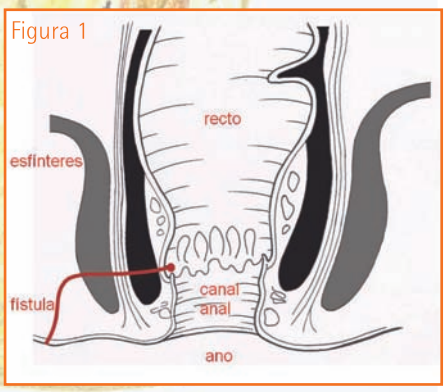


Figura 1

Una fístula perianal es una conexión entre el canal anal y la piel del periné. Es un proceso poco frecuente, afecta a hombres jóvenes con una proporción hombre/mujer de 2:1. Su presentación puede suceder durante toda la vida adulta, siendo más frecuente entre la tercera y la quinta década de la vida.

Las fístulas y los abscesos perianales representan el 70% de todas las enfermedades supurativas del ano y la región perianal. Son estadios sucesivos, el absceso es la fase aguda y la fístula la fase crónica. El síntoma más común que los pacientes presentan es la supuración, pero el dolor local y la inflamación son también comunes. Muchos de estos pacientes presentan otras patologías como la enfermedad de Crohn.

El conocimiento de la anatomía del ano y de la región perianal es imprescindible para la comprensión de su etiología, clasificación y valoración con distintas técnicas de imagen. (Ver Figura 1)

La ecografía endoanal

Algunas fístulas perianales pueden ser diagnosticadas con la exploración física y no necesitan la realización de pruebas complementarias como la ecografía endoanal. La técnica ecográfica es barata, de fácil manejo, rápida, inocua y móvil. Es una herramienta útil para el diagnóstico de las fístulas perianales, permite la identificación del orificio fistuloso interno de apertura en el canal anal, el trayecto principal de la fístula y posibles trayectos secundarios o abscesos adyacentes que puedan existir.

Previo a la realización de la ecografía endoanal, se recogen una serie de datos del paciente; motivo de consulta, antecedentes de cirugía anal y número de partos o episiotomías en caso de ser mujeres. También se pregunta al paciente los datos relacionados con los síntomas que presenta; picor, dolor, incontinencia y sangrado.

Es una prueba indolora y no requiere ninguna preparación previa. El paciente se sitúa en la camilla en decúbito lateral izquierdo y se le pide que doble sus rodillas aproximándolas hacia el pecho lo máximo que le sea posible.

Se comienza la exploración con la palpación del área perianal y el tacto rectal. Así, se intenta correlacionar con el trayecto fistuloso primario que sospecha el médico peticionario, y la existencia o no de trayectos secundarios. Se realiza una cuidadosa valoración de los orificios externos existentes en la piel adyacente al orifico anal.

En un primer momento se exploran ambas regiones glúteas y pliegues interglúteos, posteriormente, se introduce la sonda endoanal a través del ano, previa colocación de una funda de látex y gel ecográfico, y se realiza la ecografía de forma sistemática de tercio superior a tercio inferior del conducto anal.

En los casos en los que el orificio fistuloso externo cutáneo se encuentre abierto se repite la exploración del canal anal, cateterizando este pequeño orificio para introducir agua oxigenada a su través, lo que permitirá una mejor visualización del trayecto fistuloso y todo su recorrido en el canal anal.

Las fístulas perianales son poco frecuentes pero suponen un problema de suma importancia para los pacientes que las poseen debido a que son muy molestas y de difícil curación. El tratamiento quirúrgico acaba siendo su mejor solución aunque no siempre sea definitivo, con frecuentes recidivas. Esta patología representa un importante problema socio-económico. A pesar de su interés sociosanitario, la escasa relevancia clínica en cuanto a su gravedad, hace que sea una patología que dependa de los servicios quirúrgicos y con poco protagonismo en la literatura médica.

Marcha de puntillas

Dra. Amparo Santamaría Torroba. *Médico especialista en rehabilitación. Atención temprana IASS. Zaragoza. Profesora asociada de Fisioterapia. Universidad Publica Navarra*
Dra. Ana Insausti Serrano. *Profesora titular de Anatomía. Vicedecana de la Universidad Pública de Navarra*
Nuria del Pie Diestre. *Fisioterapeuta del Hospital Miguel Servet*

En ocasiones cuando los niños comienzan a caminar lo hacen de puntillas, es un hábito que puede mantenerse hasta los 2 ó 3 años de edad, a estos niños se les llama andadores de puntillas caminan habitualmente sin apoyar el talón desde el inicio de la marcha, pero son capaces de realizar una marcha con choque inicial del talón cuando se les pide o se concentran en su marcha. Sin embargo, la marcha de puntillas o marcha equina no constituye un estadio evolutivo de la marcha normal por el que tienen que pasar todos los niños.

Algunos niños mayores de tres años persisten con este hábito a pesar de no presentar ninguna alteración neurológica, si bien puede asociarse un leve acortamiento del tendón de Aquiles. Esta situación es conocida como "marcha de puntillas idiopática" (idiopathic toe-walking). La marcha de puntillas idiopática es considerada un diagnóstico de exclusión de alteraciones neurológicas y ortopédicas y se ha relacionado con alteraciones en diversas áreas del desarrollo neuromadurativo.

La marcha de puntillas idiopática parece ser un patrón de marcha modificable voluntariamente siempre que no haya una retracción importante del complejo músculo-tendinoso tríceps sural, en la que influyen factores emocionales y cognitivos. Las características propias que muestran los andadores de puntillas han propiciado que se haya propuesto definir la marcha de puntillas idiopática como síndrome, en cuanto a que expresa un retardo de la adquisición y la maduración neuromotriz que se perpetúa con una retracción secundaria del tríceps sural. En esta misma línea, diversos autores han especulado con la posibilidad de que la marcha de puntillas idiopática sea una expresión motora de una disfunción cerebral mínima (DCM) y alteraciones relacionadas con el control motor, la visuopercepción, la espacialidad y el lenguaje.

¿Cómo se manifiesta?

Los niños con una "marcha de puntillas idiopática" lo hacen de forma bilateral es decir, en ambos pies por igual. Aunque preferentemente andan de puntillas son capaces de realizar una marcha plantar o plantígrada, que se caracteriza porque el pie inicia el contacto con el suelo con el talón y realizan después un apoyo plantar completo.

Cuando el niño está andando sólo apoya los dedos del pie, pero en reposo, relajado, puede apoyar toda la planta del pie, contactando con el suelo el talón y los dedos a la vez.

¿Es necesario acudir al médico?

Conviene que los niños mayores de tres años que andan de puntillas sean evaluados por un especialista antes de ser diagnosticados de "marcha de puntillas idiopática" ya que este es un diagnóstico de exclusión que sólo debe realizarse tras excluir otras posibles causas de marcha equina.

Ante un niño que ande constantemente de puntillas debe descartarse en primer lugar una alteración neurológica (parálisis cerebral infantil, distrofia muscular, espina bífida, hidrocefalia...). Los niños que empiezan andar de puntillas tardíamente o lo hacen en una sola extremidad deben evaluarse más detenidamente. En algunos casos será preciso realizar exploraciones complementarias incluyendo la analítica (creatinina), radiología, electromiografía o resonancia magnética.

Historia clínica y exploración en niño con marcha de puntillas

No se ha podido establecer una causa directa, por ello se debe realizar una exploración detallada que descarte patología traumática y neurológica.

En la historia clínica se recoge:

- Antecedentes familiares de marcha de puntillas idiopática en padres, tíos, hermanos o primos. Hay una relación entre la marcha de puntillas idiopática y variados factores de riesgo durante la gestación, el parto y el período perinatal y la presencia una historia familiar positiva en el 10-88% de los niños.
- Riesgo biológico, presencia de FR neurológicos y sensoriales, visuales o auditivos.
- Peso al nacimiento, bajo o muy bajo peso, prematuridad, características del parto y posibles complicaciones.
- Edad de control vesical, diurno, nocturno y anal; de inicio del gateo, la marcha y de pronunciación de las primeras palabras.
- Gateo o reptación en algún momento de su desarrollo y la forma de hacerlo.
- Uso de tacatá, andador o cualquier dispositivo para favorecer la marcha durante las primeras etapas de la misma. El tacatá altera completamente el patrón de pisada pudiendo provocar aumento del tono muscular.
- Torpeza, percepción de los padres de caídas frecuentes o apariencia torpe y descoordinada con respecto a los niños de su edad.
- Retraso madurativo. Se ha observado en niños con marcha de puntillas que presentan a lo largo del desarrollo retrasos en el lenguaje, dificultades en la manipulación fina y grosera.
- Otros trastornos del desarrollo como TGD (trastorno generalizado del desarrollo), TEA (trastorno de espectro autista) pueden afectar al desarrollo de la marcha.

Exploración física:

- Examen neurológico. Descartar patología neurológica. Si aparece lesión del sistema nervioso central puede hacer que aumente el tono del tríceps sural desencadenando una marcha de puntillas (no hablaríamos de marcha de puntillas idiopática).
- Desarrollo psicomotor mediante escala de desarrollo infantil Haizea-LLevant
- Exploración articular de la movilidad de tobillo y pie.
- Valoración muscular no sólo del tríceps sural, valoración completa de los miembros inferiores para descartar acortamientos musculares.
- Valorar el patrón de marcha y carrera.

¿Cómo se trata la "marcha de puntillas idiopática"?

Los niños de tres años que ocasionalmente andan de puntillas precisan ser controlados y observados de forma periódica. Aquellos niños mayores de esta edad y con una tendencia habitual por este tipo de marcha requerirán un tratamiento específico.

Como primera medida ejercicios de estiramiento del músculo tríceps, cuclillas manteniendo el talón en el suelo, caminar por rampas ascendentes y en los casos más severos o de niños mayores deberá valorarse que el estiramiento pasivo no va a modificar las longitudes musculares si hay acortamiento y será necesario férulas ortopédicas o férulas nocturnas que realicen un estiramiento mantenido en el tiempo.

El tratamiento quirúrgico (alargamiento del tendón de Aquiles) tan solo debe aconsejarse en pacientes con un acortamiento evidente del tendón de Aquiles y en los cuales no ha sido efectivo el tratamiento con ejercicios de estiramiento o con yesos correctores.

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

Nutrición en el enfermo celíaco

Pilar López Herrero, Olga Aranda Molinos, Ana Escusa Vicente, Eva Andrés Castillo, Roberto Alvárez Otazu. *DUE UCI polivalente. Hospital Miguel Servet*
María Isabel Ostabal Artigas. *Médico Intensivista. Hospital Miguel Servet*

Se debe a la intolerancia permanente a las proteínas del gluten y cursa con atrofia severa de la mucosa del duodeno y yeyuno, con la consiguiente pérdida de la capacidad para absorber nutrientes procedentes de los alimentos. Las consecuencias para la salud son nefastas si no se trata, sobre todo las nutricionales.

Los cereales que contienen gluten son: trigo, cebada, centeno, avena, espelta, triticale y Kamut. No tienen gluten el maíz y el arroz. Esta enfermedad aparece en personas predispuestas genéticamente a padecerla y entre los factores que contribuyen a aumentar el riesgo de su aparición se encuentran: la ausencia de lactancia materna, ingesta de dosis elevadas de gluten en la dieta diaria e introducción demasiado temprana o tardía del mismo.

Síntomas según la edad

Los síntomas que produce la varían según la edad. En la **edad infantil** cursa con vómitos, diarreas fétidas y con esteatorrea, anorexia, astenia, náuseas, irritabilidad, cabello frágil, distensión abdominal, atrofia muscular y alteraciones del crecimiento.

En la **adolescencia** cursa con anemia ferropénica, dolor abdominal, diarreas malabsortivas, estreñimiento, distensión abdominal, flatulencias, hepatitis, estomatitis, queilitis, estatura baja, retraso puberal.

En el **adulto** cursa con diarrea malabsortiva, apatía, irritabilidad, depresión, astenia, pérdida de peso, dermatitis herpetiforme, anemia ferropénica, osteoporosis, artralgias, hipertransaminemia, cáncer digestivo.

En ocasiones la enfermedad celíaca se diagnostica en adultos de **más de 50 años** que han estado expuestos al gluten, sin conocerse celíacos y, las complicaciones más frecuentes son: Atrofia esplénica, crisis celíaca, osteoporosis, esprue de colágeno, yeyunoileitis, sobrecrecimiento bacteriano, insuficiencia pancreática exocrina.

Eliminar de por vida el gluten

El único tratamiento eficaz contra esta enfermedad es eliminar de por vida el gluten, teniendo en cuenta que ello no debe porque asociarse a carencias nutricionales. Se deberán eliminar de la alimentación todos los cereales con gluten como el trigo, la cebada, el centeno, la avena, la espelta, el trigo kamut y el triticale (que es un híbrido de trigo y centeno). También se eliminarán todos los productos derivados del almidón como las harinas, panes, pastas alimenticias, sémolas y espesantes, hechos con derivados de estos cereales.

Los alimentos que se pueden consumir son todos los alimentos naturales y frescos que no contienen gluten como las carnes, mariscos, pescados, huevos, leche y derivados (quesos, requesón, mantequilla y nata), cereales sin gluten como el arroz y el maíz, legumbres (entre las cuáles en los últimos años está tomando presencia la quinoa, que aunque es una legumbre puede sustituir por sus características organolépticas a algunos cereales), tubérculos, frutos secos, verduras, hortalizas grasas, aceites vegetales y margarina sin aditivos, miel y azúcar.

Leer el etiquetado de los alimentos

A las personas celiacas hay que educarlas para que lean el etiquetado de los alimentos, dado que el 80% de los alimentos manufacturados pueden contener esta proteína. Dentro de los ingredientes que contienen o pueden contener gluten se encuentran los siguientes conservantes (E-1404, E-1410, E-1412, E-1413, E-1414, E-1420, E-1422, E-1440, E-1440, E-1442, E-1450), amiláceos, féculas, fibra, espesantes, sémola, proteína vegetal, hidrolizado de proteína, malta, extracto de malta, levadura, extracto de levadura, especias y aromas.

A continuación hacemos una lista detallada de los alimentos que contienen gluten, los que no contienen gluten y los alimentos que los pueden contener (hay que mirar el etiquetado, puesto que la legislación actual obliga a dejarlo reflejado en la etiqueta).

Alimentos que contienen gluten

- Harinas de trigo, centeno, cebada y avena.
- Pan, bollos, pasteles, tartas, galletas, bizcochos y demás productos de pastelería elaborados con estas harinas.
- Pastas alimenticias, italianas o similares: fideos, macarrones, tallarines y sémola de trigo.
- Leches malteadas y alimentos malteados.
- Chocolates (excepto los que ponga en el etiquetado, exentos de gluten).
- Infusiones y bebidas preparadas con cereales, cerveza, malta y agua de cebada.
- Productos manufacturados como sopa de sobre, flanes, helados, caramelos y golosinas.
- Obleas de comunión.

Alimentos que no contienen gluten

- Leche y derivados (queso, requesón, mantequilla, nata).
- Carne, vísceras, pescados, mariscos y huevos.
- Cecina, jamón serrano y jamón cocido de calidad extra.
- Verduras, frutas, hortalizas, tubérculos (patata).
- Arroz y maíz en forma de harinas y grano, palomitas.
- Tapioca, soja y harinas de soja.
- Legumbres: lentejas, garbanzos y alubias.
- Frutos secos naturales.
- Miel y Azúcar.
- Aceites, margarina (sin aditivos).
- Café en grano o molido, infusiones y refrescos de naranja, limón y cola.
- Sal, vinagre, levadura sin gluten, especias en rama, en grano y todas las naturales.

Alimentos que pueden contener gluten y es necesario revisar el etiquetado

- Cualquier alimento manufacturado puede contener gluten.
- Evitar los productos a granel.
- Embutidos: chóped, mortadela, chorizo, morcilla, salchichas, pasteles de jamón y carne, patés diversos y otros productos de charcutería.
- Queso fundido, queso en láminas, queso de bola, quesos para untar y quesos especiales de pizzas.
- Conservas.
- Turrones y mazapanes.
- Sucedáneos del café, chocolate o cacao. Otras bebidas de máquina.
- Café y té de preparación instantáneos.
- Colorantes alimentarios.
- Frutos secos tostados o fritos con harina y sal.
- Pipas con sal, caramelos, golosinas.
- Algunos medicamentos.

El 1 de abril de 2001 fue asesinado en Zaragoza, sin razón alguna, el joven de 19 años Juan Rioseras a manos de jóvenes desestructurados.
Su madre Elena Aurensanz, sometida todavía por el dolor, deseó encontrar caminos tanto para paliar los problemas que llevan a algunos de estos jóvenes a conductas desafortunadas, como para mitigar el dolor de las personas que han sufrido la pérdida de hijos y seres queridos.
Con su esfuerzo y la colaboración de amigas y allegados, nacieron la Fundación Juan Rioseras y la Asociación Aragonesa Madres y Mujeres ArcoIris.

Fundación Juan Rioseras

FINES Y OBJETIVOS

1.- Ayudar a jóvenes procedentes de familias desestructuradas, sin distinción social ni nacionalidad.
2.- Enseñarles a vivir en el amor, mediante la transmisión de valores basados en la convivencia, respeto, ayuda mutua...
3.- Conseguir para los jóvenes una vida mejor, transformando sus actitudes y formas de vida hacia la construcción de una sociedad más humana y justa.

PROYECTOS

JUANIKO'S, que contribuye a la rehabilitación y reinserción social de menores en conflicto con la ley y/o de aquellos que se encuentran en centros especiales de internamiento.

Dentro de este proyecto se colabora con:
- Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial de Juslibol, "Fomentando habilidades personales y sociales a través de los cuentos", como actividad estable en el verano.
- Centro Penitenciario de Zuera; Con el desarrollo de un taller de "Desarrollo Íntegro de la Personalidad" dirigido a mujeres en situación de internamiento, como actividad estable.
- Casa Familiar San Vicente de Paul H.H. Franciscanos Cruz Blanca; Con la realización de un taller "Fomentando habilidades educativas y sociales - Relajación". Dirigido a jóvenes tutelados de la DGA, como actividad estable.

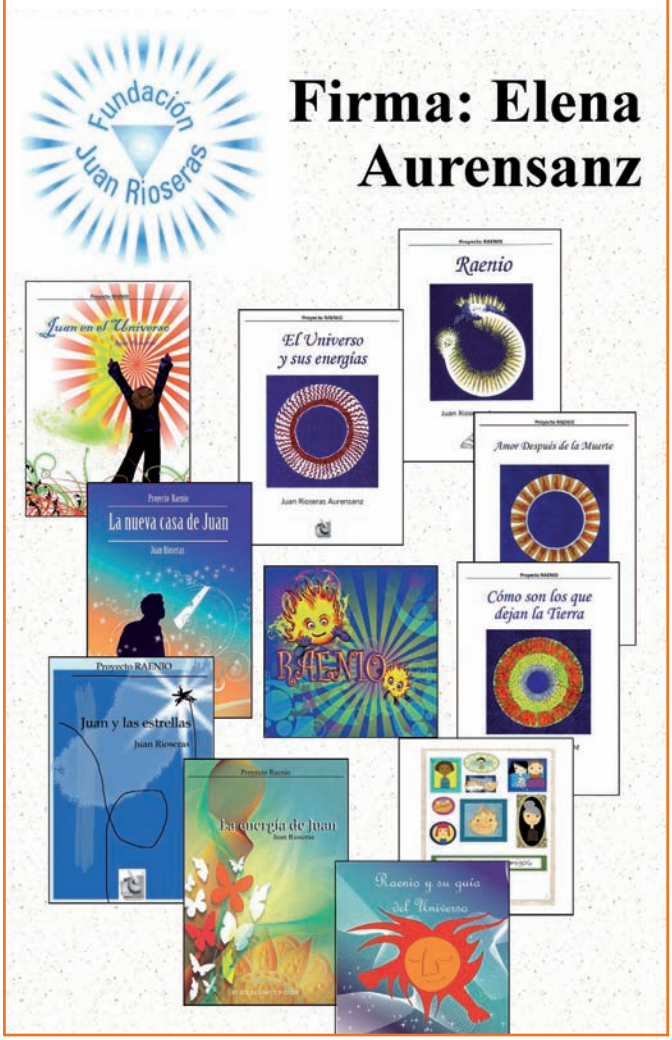
RAENIO, cuya finalidad es transmitir el amor, desde una perspectiva de sensibilización y educación a través de los valores mediante libros, debates, charlas-presentaciones, cuentacuentos...

CONCIERTO BENÉFICO, nacido con la intención de recabar fondos para la consecución de los ideales de la Fundación.

Más información: http://www.fundacionjuanrioseras.org
info@fundacionjuanrioseras.org
T 976 688 143 - M 618 799 029

Libros proyecto RAENIO

Donados a Bibliotecas y Colegios
Están disponibles para su venta



Asociación Aragonesa Madres y Mujeres ArcoIris

FINALIDAD

- Ayudar a superar la muerte de un ser querido, con ayuda especial a madres que han perdido a un hijo.
- Ofrecer apoyo moral, emocional y psicológico.
- Colaborar en el aprendizaje necesario para vivir, tras las pérdidas, armoniosamente.

Nuestras actividades son muy variadas:
- Atención psicológica individual y grupal.
- Grupos de relajación, autoestima y crecimiento personal.
- Charlas, coloquios...

Nos podréis encontrar en:
CASA DE LA MUJER
Don Juan de Aragón, 2
50002 Zaragoza

Horario: Lunes de 20:00 a 21:00 horas y Viernes de 12:00 a 15:00 horas

Más información: madresymujeresarcoiris.blogia.com
madresymujeresarcoiris@hotmail.com
T 976 726 040

Nutrición en el enfermo con fibrosis quística

María Pilar López Herrero, Olga Aranda Molinos, Ana Escusa Vicente, Eva Andrés Castillo, Roberto Alvárez Otazú
DUE UCI Polivalente. Hospital Miguel Servet
María Isabel Ostabal Artigas
Médico Intensivista. Hospital Miguel Servet

La fibrosis quística es una enfermedad multisistémica que afecta sobre todo al páncreas exocrino y a los pulmones. Se debe a una mutación en el brazo largo del cromosoma 7, es un gen regulador de la conductancia transmembrana (RTFQ). La proteína que codifica el gen RTFQ se comporta como un canal de cloro regulado por la adenosin monofosfato cíclico (AMPc).

Estos pacientes suelen presentar graves problemas de desnutrición, si no son adecuadamente controlados. Suelen necesitar enzimas pancreáticas como elemento terapéutico.

Identificación de la malnutrición

La detección de la malnutrición en estos pacientes debe realizarse mediante la combinación de métodos en función de la disponibilidad, ya que existe controversia respecto al protocolo apropiado. También debe llevarse a cabo una monitorización de la dieta y determinación de proteínas viscerales, especialmente en situaciones de reagudización. Según consenso americano clasifican como adultos con fibrosis quística desnutridos, aquellos que tienen un IMC<19 kg/m2 o presentan un porcentaje del peso ideal <90%.Según consenso europeo se clasifican como desnutridos aquellos pacientes con un IMC<18,5 kg/m2, además este consenso propone medir los niveles de vitaminas liposolubles al menos una vez al año y siempre que se produzcan cambios en el tratamiento; así como de los ácidos grasos esenciales, por ser frecuente encontrar niveles anormales. La desnutrición en estos pacientes suele deberse a un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Este desequilibrio se debe a un aumento de los requerimientos, situación favorecida por infecciones respiratorias y por el aumento del gasto energético, debido a las mayores pérdidas, ya que la fibrosis quística afecta a todos los órganos abdominales con función secretora.

Reducción de las secreciones pancreáticas

La insuficiencia exocrina pancreática es la principal causa de maldigestión y malabsorción. La evaluación de la función exocrina, no obstante, es difícil puesto que, al igual que sus secreciones, es anatómicamente inaccesible. Por ello, no existe un test óptimo, aunque algunas pruebas pueden ser de ayuda en el diagnóstico inicial y el seguimiento de los pacientes con fibrosis quística. En la práctica lo más útil es la determinación de grasas y nitrógeno en heces de tres días, junto con la estimación concomitante de la ingesta. También, la determinación en heces de enzimas pancreáticas no biodegradables, tales como la quimiotripsina y la elastasa pancreática es relevante.
En la mayoría de los pacientes hay una reducción severa de las secreciones pancreáticas, agua, bicarbonato, electrolitos y enzimas. Como consecuencia, la absorción de proteínas y particularmente de grasas disminuye (la esteatorrea se produce cuando se ha perdido más del 90% de la función pancreática). Por ello, es común el tratamiento con enzimas pancreáticas para mejorar la absorción de grasas, reduciendo de esta forma las pérdidas. Otra manera de mejorar esta absorción es proporcionar grasas procedentes de triglicéridos de cadena media. En los casos de gastroenteritis aguda se recurre a soluciones de rehidratación oral. La administración de las enzimas reduce la excreción fecal de nitrógeno, lo cual traduce una mejor absorción de proteínas.
Los hidratos de carbono, sin embargo, parece que los absorben bien, pese a la deficiencia de la amilasa pancreática. No obstante, conforme va progresando la enfermedad, también terminan alterándose los islotes de Langerhans, produciendo una reducción progresiva de la tolerancia a la glucosa, antes del inicio de la diabetes clínica (prevalencia más del 25% en mayores de 20 años). La diabetes de estos enfermos, es distinta a la tipo I ó II, no es cetónica, tiene un inicio lento, pero es generalmente insulinodependiente. En estos pacientes y dado que responden bien a la insulina, no se aconseja restringir el consumo de hidratos de carbono, sino distribuirlos de forma proporcional en las distintas comidas.

Recomendaciones nutricionales

Las recomendaciones nutricionales en la fibrosis quística son:

- **Energía:** Aporte de 120-150% de las calorías recomendadas para personas sanas de su misma edad, sexo y composición corporal.Esto se hará en función de lo avanzado de esta

enfermedad. El método ideal para calcular el gasto energético es la calorimetría indirecta, pero dada la dificultad para su realización en la práctica se calcula mediante fórmulas convencionales aplicando factores de corrección según grado de enfermedad y actividad física.

- **Hidratos de carbono:** Aporte de 40-50% del valor calórico total. No deben limitarse los azúcares simples si son necesarios para alcanzar el valor calórico total.
- **Proteínas:** Aporte del 15-20% del valor calórico total. Las mayores pérdidas se producen por pérdida de nitrógeno en heces y esputo.
- **Lípidos:** Aporte 35-40% del valor calórico total; de los cuales <10% serán ácidos grasos saturados, <10% ácidos grasos poliinsaturados, <1% serán ácidos grasos "trans" y el resto ácidos grasos de cadena media.Existe una relación lineal entre la ingesta de grasa y su absorción.
- **Fibra:** Aporte 25 gramos, igual que al resto de la población.
- **Vitaminas:** Los niveles plasmáticos de vitaminas liposolubles suelen estar bajos, incluso cuando se cumplen las dosis recomendadas de suplementos, debido a que la absorción de grasas está comprometida.

La deficiencia de vitamina E es especialmente común, por lo que se recomienda que en todos los pacientes esté suplementada.

Los pacientes con insuficiencia pancreática exocrina deben ser suplementados con vitamina A y D.

La suplementación rutinaria de vitamina K es innecesaria, aunque en niños pequeños o con enfermedad hepática puede haber déficit.

Los niveles de vitamina hidrosolubles son, generalmente normales.

Minerales y elementos traza:Los niveles de los elementos traza suelen ser normales. Puede ser necesaria la suplementación en caso de ejercicio físico, fiebre, hipersudoración y/o temperaturas altas, de sodio. El magnesio en pacientes tratados con aminoglucósidos durante largo tiempo y el calcio en caso de osteoporosis. El hierro y el zinc suelen encontrarse bajos.

Suplementación con enzimas pancreáticas

La terapia de sustitución enzimática es necesaria en hasta el 90% de los pacientes con fibrosis quística. El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas para mejorar la esteatorrea hasta niveles razonables, causando al paciente menor perturbación. Estos productos tienen lipasas, proteasas y amilasas, hay que tener en cuenta la variabilidad entre los productos enzimáticos comercializados disponibles en términos de potencia y propiedades farmacológicas, lo que dificulta el cálculo de equivalencias entre diferentes dosis a la hora de ser sustituidas. Las enzimas pancreáticas son extractos biológicos, relativamente crudos, que pueden contener numerosas impurezas y otras proteínas. Respecto a su composición, parecen más eficaces los productos que tienen mayor contenido de lipasas que de proteasas.

Es importante la forma de su administración, la mayoría de los centros utilizan para la fibrosis quística enzimas con microesferas de cubierta entérica, que administradas correctamente logran al menos el 90% de la absorción de las grasas. En la práctica, se sugiere administrarlas antes de la comida, aunque si se come más o durante más tiempo, se recomienda administrar 1/3-1/2 de la dosis estimada antes, y el resto a mitad de la comida o al finalizarla.

A veces, estos pacientes necesitan suplementos nutricionales para aumentar la energía total, sin reducir el consumo de alimentos naturales.

| 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 y necesitas más pacientes/clientes, ponemos a tu servicio 30 años de experiencia en comunicación

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

solicita tarifas aragon@zonahospitalaria.com T 695 480 160

Resultado de imagen de Imágenes de disruptores endocrinos

Alicia Sánchez García
Coordinadora de Enfermería. Centro de Salud Univérsitas. Área 3. Zaragoza

Los disruptores endocrinos son unas sustancias químicas ajenas al cuerpo humano o al de los animales, que son capaces de producir una alteración en el equilibrio hormonal de los mismos, provocando "efectos adversos en la salud" de las personas y en sus descendientes. Suelen ser productos químicos sintetizados por el hombre y también se pueden encontrar de forma natural en el medio ambiente.

Nuestro sistema hormonal regula funciones vitales en nuestro cuerpo incluso en el desarrollo embrionario, relacionándose con el sistema inmune y nervioso. Está formado por glándulas, hormonas que actúan como mensajeros y por los receptores hormonales.
Las hormonas pueden actuar a niveles muy bajos siendo muy eficaces. Cada uno de nosotros presentamos diferente cantidad de hormonas dependiendo de la edad, sexo, estado de salud y también del momento del ciclo reproductor.

Alteración en el equilibrio hormonal

No se conoce bien la relación que hay entre la dosis de estos y las alteraciones que puedan provocar. Pueden ocasionar efectos a dosis muy bajas, pueden actuar combinados, no tienen una relación lineal dosis-efectos, no tienen un umbral seguro de exposición, provocan una alteración en el equilibrio hormonal (de ahí su nombre de disruptores endocrinos químicos) y las consecuencias pueden aparecer tras varios años de latencia. Biólogos expertos en reproducción, endocrinos, naturalistas, toxicólogos, a mediados del siglo pasado fueron observando la capacidad de algunas sustancias químicas sintéticas de interferir en el sistema hormonal del ser humano y la fauna, provocando graves problemas como la esterilidad, con la consiguiente pérdida de capacidad reproductora, deformaciones en los órganos reproductores y muerte a edades tempranas. También una disminución en la respuesta del sistema inmunológico y tumores.
Los mecanismos de acción más estudiados de los disruptores endocrinos son:

- Niveles hormonales en sangre anormales.
- Alteración del comportamiento sexual.
- Reducción de la fertilidad.
- Masculinización de hembras.
- Feminización de machos.
- Modificación del sistema inmunológico.
- Criptorquidia (no hay descenso testicular).
- Malformaciones en trompas de Falopio, útero y cérvix.
- Cáncer en órganos reproductores femeninos y masculinos.
- Alteración en la estructura ósea.

Pendientes de la contaminación

Curioso fue el estudio que se hizo a hijas de mujeres que fueron tratadas con un estrógeno sintético (dietil-estil-bestrol) DES. Se usaba para prevenir abortos y las mujeres tratadas con este compuesto mostraron problemas reproductivos, malformaciones en órganos de reproducción e incluso cáncer.
Desde el final de la II Guerra Mundial la población ha ido evolucionando rápidamente. Ha ido aumentando la contaminación química debido al desarrollo tecnológico y a las actividades humanas. Todo ello nos ha llevado a estar muy pendientes de la contaminación ya que es la gran amenaza de la vida en nuestro planeta.
La vía de entrada de los contaminantes hormonales y su forma de exposición es variada, se ha observado que la principal para el ser humano es la vía digestiva debido a su acumulación en la cadena alimenticia. Pueden degradarse rápidamente en el interior del cuerpo humano produciendo daños importantes en la salud. Los periodos críticos más estudiados son el prenatal y el desarrollo postnatal. Durante el perinatal pueden no manifestarse hasta mucho más tarde. Los efectos de una generación pueden transmitirse a futuras generaciones.

¿Dónde encontramos a los disruptores endocrinos?

En productos químicos desarrollados sintéticamente y usados con fines diferentes como por ejemplo: biocidas, plaguicidas, aditivos en la pasta dentífrica, componentes de polímeros plásticos como el PVC, en detergentes, en latas de conserva, parabenos que se usan en antitranspirantes y cosméticos, en la ropa, en medicamentos sintéticos con una alta actividad hormonal intencionada, como los anticonceptivos hormonales y la terapia hormonal sustitutiva en menopausia, cuyos residuos pueden alcanzar el medio natural alterándolo. También los podemos encontrar de forma natural en productos químicos naturales incluyendo toxinas producidas por hongos y plantas como es el caso de los fitoestrógenos como la genisteina, el cumestrol o las isoflavonas. Otra forma de encontrarlos puede ser

en hormonas naturales animales o humanas liberadas al medio ambiente producidas por una especie determinada y que tienen efecto disruptor para otras.

Hay numerosos estudios científicos que confirman que muchos de los disruptores endocrinos estudiados hasta el momento tienen una amplia gama de efectos perjudiciales para la salud humana y animal basados en observaciones, en experimentos con animales de laboratorio, en personas y en estudios epidemiológicos.

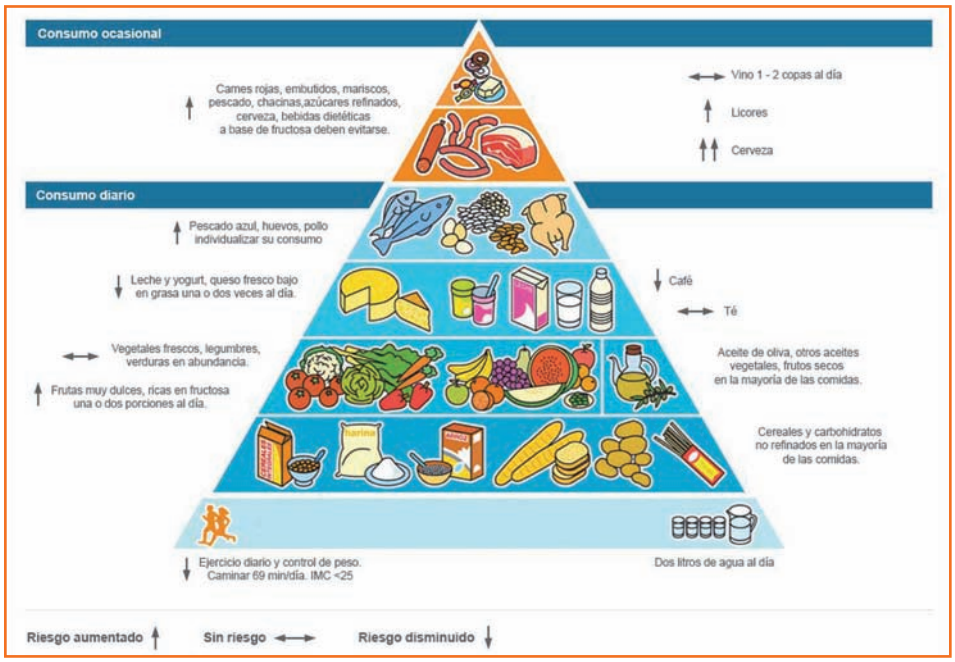
Se sabe que los efectos que pueden producir los disruptores endocrinos dependen del sistema hormonal al que afecten (tiroideo, estrogenico...), de cuando se haya estado expuesto (desarrollo fetal, niñez, pubertad...), y del sexo. Los efectos de los disruptores son diferentes de una especie a otra pero se conoce que son mayores en recién nacidos y jóvenes que en adultos. Si la exposición ha sido en jóvenes, los efectos a largo plazo son mayores aunque su aparición puede retardarse hasta la madurez.

Con todo lo dicho se observa que la población está expuesta a un coctel de disruptores endocrinos presentes en niveles muy variables y preocupantes para nuestra salud. Sería fundamental una intervención socio sanitaria para reducir los niveles de exposición que tenemos a estas sustancias y que Salud Publica se implicara en conseguir que disminuyera la cantidad y concentración de estos, cambiarlas por otras menos tóxicas o su extinción.

Proteger la salud y el medio ambiente

Hay estrategias a corto, medio y largo plazo dentro de una normativa europea, aunque en España no se han visto resultados. Se debería evitar el riesgo a toda la población aplicando el principio de precaución, proponiendo objetivos y plazos de eliminación o reducción de su uso y exposición, además de producir y comercializar solo las que se pudieran diferenciar fácilmente y cuyo proceso de degradación en el medio ambiente se conociera. Hay grandísimas cantidades de sustancias químicas sintéticas y se siguen creando más con lo cual es difícil predecir como afectarán a nuestro hábitat o los efectos que puedan ir provocando en la especie humana y animal. Estamos ante un gran reto ya que es difícil luchar contra las grandes industrias que buscan materiales de bajo coste que les permitan pagar menos y ganar más, enriqueciéndose y haciéndonos creer que se mejora nuestra calidad de vida aunque sepan que están perjudicando la salud de la población y la de nuestros descendientes. Nos enfrentamos a un nuevo paradigma en el cual sería importante primar más la protección de la salud y del medio ambiente.

Las personas deberíamos tomar conciencia de este grave problema e intentar evitar en lo posible consumir productos que sabemos son perjudiciales por su composición y que no son necesarios en nuestra vida cotidiana eligiendo los más ecológicos y naturales, una vuelta a lo tradicional. Reducir consumo de alimentos prefabricados y enlatados, cocinar en casa, comprar alimentos que vayan en frascos de cristal, tomar más frutas y verduras frescas, usar vidrio para calentar en microondas nunca plástico, beber agua envasada en recipientes de cristal, transportar la compra en bolsas de tela, cestas, evitando las bolsas de plástico, la ropa debería ser de algodón, cuero o lana, **"lo que no se consume no enriquece y se deja de producir"**, se puede empezar con pequeñas iniciativas. Nuestra salud y la de nuestros descendientes junto con el medio ambiente mejorarían. Estamos llevando nuestro hábitat a un triste final y se puede cambiar con pequeños actos diarios, hay que cuidar lo que tenemos.



La gota. Enfermedad de reyes… y de plebeyos

Dr.Chesús Beltrán Audera
Adjunto Reumatología. Servicio Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet

La gota es una enfermedad conocida desde la antigüedad. Ha sido frecuente en grandes mandatarios de la historia y por eso ha sido conocida como enfermedad de reyes, aunque no es exclusiva de ellos. La sufrieron, por ejemplo, los reyes Enrique VIII y Felipe II, además de varios emperadores romanos y algunos papas.

¿Qué es la gota?

La gota es una enfermedad producida por el depósito de cristales de urato monosódico en las articulaciones y otras zonas. Se caracteriza por episodios bruscos de dolor intenso e hinchazón, a veces con enrojecimiento, de una o más articulaciones. Casi siempre afecta a una sola articulación y lo más típico es que afecte al dedo gordo del pie.

Debe su nombre a la creencia de que la enfermedad se debía al goteo de un líquido o humor nocivo sobre la articulación. Según los antiguos griegos, el funcionamiento correcto del cuerpo se debía al equilibrio entre cuatro sustancias básicas llamadas humores (líquidos). Hoy sabemos que los ataques de inflamación son consecuencia de la presencia de cristales de una sal del ácido úrico (el urato monosódico) en el interior de la articulación.

¿A qué se debe?

Para que se formen estos cristales es necesario que los niveles de ácido úrico en sangre estén elevados, pero no todas las personas con ácido úrico elevado llegan a tener gota. Para que la gota se produzca son necesarios además otros factores que precipiten el ataque, entre ellos genéticos, traumatismos o excesos dietéticos. Los expertos siempre han ligado la gota con una dieta rica en carne o el consumo excesivo del alcohol, lo que explica posiblemente que la enfermedad se haya asociado a reyes y papas, pues el pueblo llano tenía una dieta más limitada.

Se habla de hiperuricemia cuando los niveles de ácido úrico son superiores a 7mg/dl. Por encima de esa cifra el ácido úrico presente en la sangre ya no se disuelve y se precipita formando cristales. Es como si echamos mucho azúcar en el café: no se podrá disolver y formará un poso en el fondo de la taza.

El ácido úrico, o mejor dicho, los cristales de urato, no se depositan solamente en las articulaciones. Puede formar piedras o cálculos en el riñón (litiasis), y en algunas personas nódulos más o menos duros alrededor de las articulaciones, que se conocen como tofos.

¿Cómo se diagnostica?

En una persona con hiperuricemia y ataques repetidos de hinchazón del dedo gordo del pie podemos pensar con bastante certeza que tiene una gota. Blanco y en botella… pero a veces no es leche!. El diagnóstico preciso de la enfermedad se logra mediante la identificación de los cristales de urato en el líquido extraído de las articulaciones inflamadas en los ataques de gota, o de los nódulos o tofos si los hay.

¿Cómo se trata?

La gota es una enfermedad con un tratamiento actualmente muy eficaz. El tratamiento se basa en dos patas fundamentales:

- Tratamiento del ataque agudo de gota.
- Tratamiento del depósito y prevención de nuevos ataques.

En el tratamiento del ataque agudo de gota se emplea desde hace siglos la colchicina. Ya en el siglo VII se utilizaba el bulbo del cólquico, aunque cayó en desuso por su toxicidad. Volvió a utilizarse más tarde, y en 1814 James Want identificó la colchicina como la sustancia que producía los efectos farmacológicos de la planta. En la actualidad otras medicaciones, como los antiinflamatorios o la cortisona, consiguen cortar los ataques agudos de gota de manera eficaz y sin los efectos secundarios de la colchicina.

Cuando se producen ataques repetidos de gota o hay depósitos en forma de tofos está indicado un tratamiento continuado para eliminar los depósitos y prevenir nuevos ataques. La gota se puede curar, pero sus secuelas no. Por eso hay que actuar antes de que los ataques de gota dejen lesiones irreversibles en las articulaciones. Además el tratamiento adecuado disminuye el riesgo de daño a los riñones o al corazón. En algún paciente puede ser necesario comenzar este tratamiento tras el primer ataque de gota, o incluso antes de que éste se produzca.

El objetivo del tratamiento es disolver y hacer desaparecer del cuerpo los depósitos de urato, para lo que hay que mantener el ácido úrico

en sangre en niveles inferiores a lo normal, por debajo de los 6mg/dl.
Las primeras medidas a tomar en todos los casos son medidas generales, como la dieta, además de cuidar otras enfermedades comúnmente asociadas a la gota como el aumento de colesterol o la hipertensión, controlar la obesidad y evitar el tabaquismo. Tomar abundante agua alcalinizada ayuda a los pacientes con litiasis.
Entre las medicaciones empleadas para bajar el ácido úrico el más empleado y de primera elección es el alopurinol (Zyloric®). En los pacientes que no responden a este tratamiento o cuando está contraindicado disponemos de otros fármacos muy eficaces, como el febuxostat (Adenuric®). Estos fármacos disminuyen el ácido úrico disminuyendo su producción en el cuerpo. Otros fármacos menos empleados bajan el ácido úrico aumentando su eliminación por la orina. Será en todo caso su médico quien le prescriba la medicación más oportuna en cada caso.
Al inicio de un tratamiento para bajar el ácido úrico pueden desencadenarse episodios agudos de inflamación. Es como si agitamos el agua clara de un charco, que se vuelve turbia. Por ello se recomienda no iniciar estos tratamientos durante un ataque sino esperar a que se hayan resuelto y como medida de precaución añadir al principio tratamiento con colchicina para prevenir la aparición de estas crisis, y mantenerlo al menos 6 meses.

La importancia de la dieta ¿Puedo tomar tomates?

Algunos alimentos incrementan el riesgo de gota y otros lo reducen. Las dietas estrictas tienen poco efecto sobre la reducción del ácido úrico, y son regímenes de alimentación de difícil cumplimiento a largo plazo, por lo que es imposible conseguir una reducción clínicamente significativa de la uricemia únicamente con dieta. No obstante hay que evitar los alimentos que incrementan el riesgo de gota y/o los niveles de urato sérico y favorecer el consumo de los que lo disminuyen.
El consumo de alcohol incrementa el riesgo de gota y los niveles séricos de urato. El vino en cantidades moderadas, sin embargo –dos copas al día- no está contraindicada, y además tiene un efecto beneficioso demostrado sobre el riesgo cardiovascular.
Entre los alimentos que incrementan el riesgo de gota están las carnes rojas, mariscos, pescado y productos con elevado contenido de proteínas de origen animal. Los alimentos y bebidas ricos en fructosa también se han asociado con un incremento en el riesgo de gota y de resistencia a la insulina.
Entre los que reducen el riesgo de gota y los niveles séricos de ácido úrico hay que tener en cuenta la leche, el yogurt, y los productos bajos en grasas. El consumo de café y de proteínas de origen vegetal (legumbres y frutos secos) también ha demostrado un efecto protector.
Los alimentos ricos en purinas de origen vegetal (guisantes, alubias, judías, lentejas, espinacas, hongos, avena o coliflor) no aumentan riesgo de gota, por lo que se recomienda su consumo como parte de una dieta equilibrada.
Respecto a los tomates la respuesta corta es sí. No se ha demostrado relación entre consumir tomates y el aumento del ácido úrico ni, por lo tanto, con la enfermedad de la gota. Así pues, si padeces de gota, puedes tomar los ricos tomates rosas de nuestra huerta. ¡El pecado es perdérselos!

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

Terapia ocupacional y rehabilitación cognitiva: la memoria

Mª Luisa Gaspar Ruz. *Terapeuta Ocupacional del Servicio de Geriatría. Hospital Nuestra Señora de Gracia*
Fabiola Hernández Fleta. *Terapeuta Ocupacional del Servicio de Rehabilitación. Hospital Nuestra Señora de Gracia*

La Memoria es una función del cerebro que nos permite codificar, almacenar y recuperar una información determinada. Nos permite aprender. La estructura cerebral más directamente relacionada con el proceso de la memoria es el hipocampo. Las fases del proceso cognitivo de la memoria son: codificación, almacenamiento y recuperación, pudiendo afectarse cualquiera de estas fases en un proceso patológico.

Memoria a corto plazo (MCP)

Es un sistema de memoria con capacidad limitada, aquí la información es retenida por un periodo breve de tiempo (20 seg. aprox.) y tiene un límite de unos 7 elementos, sean dígitos, números o palabras. Por ejemplo un número de teléfono o una pequeña lista de compra.

Dentro de la MCP encontramos la Memoria de Trabajo u Operativa. La memoria de trabajo mantiene mentalmente de forma activa la información necesaria para el desempeño de una actividad de forma correcta. La usamos en actividades como el mantenimiento mental de los pasos a seguir para realizar una receta de cocina o la comprensión de una película o un libro. Este módulo de memoria es muy sensible al daño cerebral y también de los más evidentes e incapacitantes.

Memoria a largo plazo (MLP)

Retiene todo el conocimiento que se va adquiriendo a lo largo de la vida. Su capacidad de almacenamiento es ilimitada y la persistencia de la información también lo es.

Tipos MLP:

- **Memoria declarativa:** Conocimientos adquiridos de manera consciente a lo largo de la vida (los ríos de España, las razas de perros, etc.) Tiene dos subtipos: semántica, relacionada con conceptos, y episódica, relacionada con acontecimientos.
- **Memoria NO declarativa o procedimental:** Almacena la información sobre habilidades motoras y repertorios conductuales. Es la memoria de "como se hacen las cosas", sin ella no podríamos recordar como se monta en bicicleta, se conduce un coche, se prepara un café o de cómo se hace una cama. Se adquiere de forma gradual, a través de la ejecución repetida.

La memoria declarativa es muy vulnerable al olvido, mientras que la procedimental o no declarativa es más resistente al olvido, estando ésta última mucho más preservada en estados patológicos.

¿Cuándo puede haber alteraciones de la memoria?

Existen determinadas patologías neurológicas en las que es frecuente la alteración de la memoria: traumatismo craneoencefálico, ictus, Alzheimer, esclerosis múltiple, Parkinson y epilepsia, entre otras.

Herramientas de valoración

Su finalidad es indicar cuáles son las capacidades del paciente en las áreas de orientación, percepción, lenguaje y operaciones racionales. Se determinan los límites del paciente en éstas áreas y se utilizan como punto de partida para el tratamiento. Son herramientas cuyo uso común entre los profesionales sanitarios y facilitan la trasmisión de la información entre los mismos.

- **Cuestionario de Pfeiffer:** es una herramienta para la detección de trastorno cognitivo, valora la MCP y MLP, la orientación témporo-espacial y el cálculo.
- **Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC):** escala específica de confirmación y de valoración del grado de su situación mental, su uso repetido es útil para ver la evolución clínica del paciente. Valora la memoria, el cálculo y la concentración, la memoria de fijación, el lenguaje y la praxis constructiva.

La evaluación Wais, Lotca, FAB son otras herramientas de valoración más específicas.

¿Qué es la plasticidad cerebral?

El cerebro es capaz de modificar su estructura y funcionamiento si se dan las condiciones apropiadas. Si se cumplen estas condiciones el número de conexiones entre las neuronas aumenta. La plasticidad cerebral se evidencia en casos de daño cerebral y deterioro cognitivo ya que la neuroplasticidad hace que el cerebro se adapte a las nuevas situaciones, renovando o reconectando sus circuitos neuronales.

Llevando a cabo una práctica y repetición sistematizadas el cerebro puede modificar su estructura y funcionamiento, mejorando el rendimiento y capacidades cognitivas. La rehabilitación no logra recuperar la función del tejido dañado pero si que consigue que se produzcan nuevas conexiones entre neuronas, o que otras áreas cerebrales asuman la función perdida.

La rehabilitación cognitiva (RC) incluye aquellas actividades terapéuticas diseñadas para recuperar las habilidades de los pacientes

que han sufrido algún tipo de déficit cognitivo tras una lesión o enfermedad y que van dirigidas a mejorar el funcionamiento cognitivo en general (memoria, lenguaje, atención, operaciones aritméticas, entre otras).
Se sustenta en una base científica y teórica de origen neurocientífico, por lo que posee principios tales como la neuroplasticidad (el cerebro lesionado continúa teniendo la capacidad de aprender). La práctica y la repetición son los dos pilares básicos en los que se apoya y se trabaja a través de programas de estimulación. La finalidad de la RC es mejorar el funcionamiento y la calidad de vida del paciente y permitir tanto a ellos como sus familiares sobrellevar y manejar los déficits cognitivos así como los problemas conductuales de las personas que han sufrido una lesión cerebral y disminuir en nivel de dependencia de los pacientes.

¿Cómo se hace la RC?

Se trabaja de forma individual o grupal dependiendo del paciente al que va dirigida y del recurso asistencial en el que nos encontremos. La duración de las sesiones varía entre treinta y sesenta minutos. Cuando se trabaja de forma grupal es importante que los grupos sean lo más homogéneos posible. Las sesiones deben ser realizadas en un ambiente de confianza, especialmente si se trabaja en grupo, para evitar la frustración de las personas que presentan mayor dificultad.

Recursos materiales para las sesiones

Los terapeutas ocupacionales utilizan en sus sesiones desde objetos sencillos de la vida diaria, juegos de estrategia, cuadernos de pasatiempos, hasta material terapéutico especializado como láminas de imágenes, cuadernos de ejercicios cognitivos, etc.
Contar con diversidad de materiales es importante ya que disminuye la monotonía y favorece la motivación y el rendimiento del paciente.
Existen programas informáticos destinados a la rehabilitación cognitiva: Gradior, Rehacom, Smartbrain, Mindfit. Todos ellos trabajan la estimulación de diversas funciones cognitivas (atención, memoria, razonamiento lógico, planificación y solución de problemas, coordinación visomanual, lenguaje, etc.)

Adiestramiento en el uso de ayudas técnicas

El objetivo de las ayudas técnicas es compensar las pérdidas o dificultades en determinadas actividades de la vida cotidiana. Implica el uso de distintos dispositivos y herramientas para ayudar al paciente a organizar la información. Se trata de agendas, calendarios, listas, grabadoras de voz, relojes con alarmas, buscadores de llaves, etc. El terapeuta ocupacional adiestra al paciente para usar de manera sistemática estos apoyos y lograr una mayor autonomía personal en estos pacientes.

| 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 y necesitas más pacientes/clientes, ponemos a tu servicio 30 años de experiencia en comunicación

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

solicita tarifas aragon@zonahospitalaria.com T 695 480 160

Mi primera visita al urólogo

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

La evaluación del paciente en una primera consulta de Urología dependerá del motivo de derivación a la misma; pero, en términos generales, se puede esperar de la misma una anamnesis, exploración física y, en ocasiones, solicitud de pruebas complementarias básicas. Con ello se pretende orientar el diagnóstico y tratamiento, si procede, desde la primera visita urológica.

Historia clínica

La anamnesis es una conversación entre el médico y el paciente, durante la cual se realizan preguntas sobre la historia clínica del paciente, sus hábitos de vida y los antecedentes familiares, con el objetivo de establecer un diagnóstico diferencial. Así, el urólogo preguntará sobre:

- Edad.
- Alergias conocidas (principalmente medicamentosas).
- Antecedentes médicos reseñables.
- Antecedentes quirúrgicos.
- Tratamiento habitual.
- Hábitos tóxicos (hábito tabáquico en especial, por su relación con neoplasias malignas del tracto urinario.

Antecedentes urológicos

A continuación se incide en antecedentes urológicos y preguntas relacionadas con la calidad en la micción:

- Antecedentes familiares de patología urológica (historia familiar de litiasis renal o tumores de la vía urinaria).
- Embarazos, partos y/o abortos en caso de las mujeres.
- Episodios previos de cólicos renoureterales.
- Infecciones urinarias de repetición.
- Antecedentes de hematuria (sangre en la orina).
- Antecedentes de intervenciones quirúrgicas urológicas previas o en la infancia.
- Incontinencia urinaria, por esfuerzo, urgencia o ambas.
- Calidad de la micción: dificultad, chorro débil, micción entrecortada, retardo en la micción o goteo postmiccional. Sensación de vaciado incompleto tras la micción, dolor abdominal o urgencia entre otros.
- El urólogo preguntará por la nicturia o veces que el paciente se levanta por la noche para orinar, así como si presenta polaquiuria (necesidad de orinar muy frecuentemente).

Exploración física

La exploración física básica en la consulta de Urología consiste en:

- Exploración general buscando la presencia/ausencia de edemas, fiebre, infección del tracto urinario y otros signos de afectación renal (puñopercusión).
- Abdomen: descartar masas y globo vesical.
- Periné: tono muscular, sensibilidad y alteraciones de la inervación.
- Introito vaginal en mujeres: valorar presencia y grado de prolapsos de órganos pélvicos (cistocele, colpocele, enterocele y/o rectocele), tono y trofismo vaginal, hipermovilidad uretral, escapes de orina al realizar esfuerzo (por ejemplo con la tos).
- Escroto en los varones: tamaño, consistencia y sensibilidad de los testículos, presencia de hidrocele, varicocele o masas induradas.
- Tacto rectal en el varón para valorar el tamaño prostático y descartar cáncer prostático. El urólogo valorará la sensibilidad (muy aumentada en caso de presentar prostatitis aguda), volumen de la próstata (grado I a IV), la consistencia y los límites.

Pruebas básicas

Tras la anamnesis y la exploración básica, el urólogo decidirá si se precisa de la realización de pruebas complementarias. Las básicas o de inicio son:

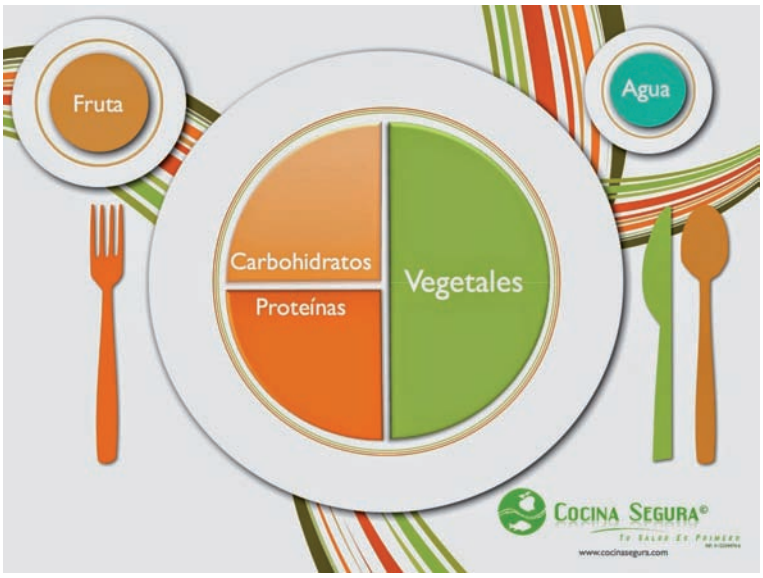
- Sedimento de orina: pH de la orina, presencia/ausencia de microhematuria, leucocitos o bacterias.
- Bioquímica sanguínea: Creatinina (función renal) y PSA en los varones, como datos más relevantes en la analítica urológica.
- En ocasiones, y si los datos de la anamnesis y exploración lo requieren, se puede solicitar una ecografía urológica.

Tratamiento

Con todos los datos recogidos en la historia, el urólogo puede iniciar algún tipo de tratamiento, pudiendo ser desde cambios en los hábitos higiénico-dietéticos, un tratamiento farmacológico o un procedimiento quirúrgico, así como instar al paciente para revisión si precisa.

Después de Navidad fuera los kilos de más

BEATRIZ ALMERGE ESTADA
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARAOO111



Una vez terminada la Navidad es posible que la báscula nos haya dado una sorpresa más bien desagradable, y es muy posible también que nos sintamos hinchados, pesados y con pocas ganas de volver a la rutina. Normalmente durante estos días solemos aumentar entre medio kilo y 1 kilo de peso. No parece mucho, pero seguramente los mantendremos el resto del año.

A nivel poblacional esta acumulación resulta muy preocupante para los expertos en salud pública por dos motivos: las tasas de obesidad en España no dejan de aumentar y porque es un peso que no se pierde meses más tarde con las "promesas de mejora" o peor aún, con los consejos que aparecen en los libros de 'dietas milagro' que algunos de nosotros adquirimos pasadas las fiestas.

Medidas al comienzo de año

El inicio del nuevo año es siempre un buen momento para adoptar una serie de medidas sencillas:

- Realizar cinco comidas a lo largo del día y evitar los periodos de ayuno prolongados porque al privar a tu organismo de nutrientes a lo largo del día, entrará en "modo ahorro" y será mucho más eficiente a la hora de ahorrar energía y almacenar grasas. Debes recordar "desayunar como un Rey, comer como un príncipe y cenar como un mendigo".
- Evitar el picoteo, entendido como el consumo de aperitivos y "snacks" con alto contenido calórico y deficientes desde el punto de vista nutricional.
- Priorizar en los alimentos vegetales. Incrementar el consumo de frutas, verduras, hortalizas y legumbres. La Organización Mundial de la Salud recomienda consumir mínimo 400 g de frutas y verduras, lo cual equivale aproximadamente a 5 porciones. Lo ideal son 3 porciones verdura siendo una de ellas tomada en crudo y 2 porciones de fruta.

Nos aportan energía, fibra, minerales, vitamina A, vitamina C, algunas vitaminas del complejo B y otros nutrientes.

- Incrementar el consumo de pescado azul y de carnes magras (poco grasas, como el pollo o el conejo), aderezados preferiblemente sin salsas y utilizando especias para potenciar su sabor.
- Reducir el tamaño de las raciones, para ello puede resultar psicológicamente favorable utilizar platos más pequeños.
- Tomar agua como bebida principal y evitar el consumo de bebidas azucaradas y alcohólicas. Puedes tomar infusiones y moderadamente café.
- Practicar ejercicio físico de forma regular, a ser posible cada día durante al menos 30 minutos. Puedes correr, caminar rápido o hacer tu deporte favorito.

Nada como una alimentación saludable bien planificada para encontrar el equilibrio metabólico y, también en buena medida, el psicológico.

Plato saludable

Te proponemos un esquema muy simple para tu plato diario saludable:

- El alimento que debe predominar son las verduras y hortalizas: Debe ocupar la mitad de tu plato en cada comida principal. De hecho este grupo de alimentos ha sido el único que ha sido reconocido como beneficioso en todas las categorías de salud. Los alimentos vegetales frescos son un denominador común beneficioso, proveen el máximo valor de nutrición con un mínimo impacto calórico.

- Los cereales integrales deben ocupar aproximadamente un cuarto del plato. Ricos en fibra, te ayudan a sentirse saciado.
- El último cuarto del plato llénalo con una porción de proteínas saludables. Puede tratarse de proteína animal (carne magra, pescado azul, marisco o huevos, una fuente alimentaria especialmente accesible) o proteína vegetal (legumbres, soja, guisantes, frutos secos). Se pone de relieve la realidad de que tomamos muchas más proteínas de las necesarias por ello hay que tener en cuenta la cantidad recomendada de proteínas que se han de consumir al día es de 0,8 gramos de proteína por cada kilogramo de nuestra masa corporal. Además, dale color y variedad a tus platos incluyendo diferentes opciones de los tres grupos de alimentos. Es importante no caer en la monotonía, es muy fácil encontrar recetas saludables y cocinar aportando salud.

Curvatura de pene adquirida

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

La enfermedad de Peyronie consiste en una deformidad del pene que usualmente se presenta en la quinta o sexta década de la vida. Se acompaña de una placa fibrosa y puede haber dolor.

La curvatura del pene en erección puede ser de causa congénita (se nace con ella) o adquirida. Dentro de las curvaturas adquiridas la enfermedad de Peyronie es la más común, y puede afectar a 1 de cada 100 varones mayores de 55 años. Es una enfermedad benigna, pero cuando las deformidad es muy importante es posible recibir tratamiento ya que puede afectar a la calidad de vida del paciente.

¿A quién afecta?

Aunque puede afectar a cualquier edad, lo más común es después de los 50 años, se puede asociar a algunas enfermedades como la diabetes mellitus, disfunción eréctil, la hipertensión y la contractura de Dupuytren (la cual consiste en un contractura en las palmas que impiden estirar los dedos).

Causa

Aunque se desconoce con certeza cual es la causa, la hipótesis más aceptada sugiere que se debe a unos traumas repetidos sobre la túnica albugínea (una de las cubiertas que se encuentran debajo de la piel del pene), estos traumas causan una inflamación crónica que termina por formar una "cicatriz" o "callosidad interna" (placa fibrosa) .

Síntomas

La enfermedad tiene dos fases, una primera fase de "inflamación aguda" la cual se caracteriza de dolor en el pene y aparición de la deformidad durante las erecciones, la cual va progresando. La segunda fase "fibrótica" que ocurre entre 6 y 12 meses después en los cuales cesa el dolor y la deformidad tiende a no aumentar, en ella es posible palpar una placa fibrosa en el pene. La deformidad puede ser desde una pequeña torsión del pene, hasta deformidades complejas que impiden tener relaciones sexuales.

Visita con el urólogo

En la primera visita se interroga sobre el estado de salud general, el tiempo aproximado que lleva la curvatura, si hay dolor asociado, sobre la calidad de las erecciones y si le es posible mantener relaciones sexuales. Es necesaria una exploración del pene para localizar la placa. Probablemente se le pedirá al paciente que se tome fotografías del pene en erección para observar la curvatura, estas últimas se pueden hacer con el móvil y mostrarlas al médico en la próxima visita.

Tratamiento

La estrategia que seguirá el médico depende de la fase de la enfermedad en la cual se encuentre, del grado de deformidad y del paciente. Lo más común es que el tratamiento sea conservador. Si se encuentra en la fase aguda habrá que esperar hasta que la enfermedad se estabilice (6 a 12 meses) para revalorar al paciente.

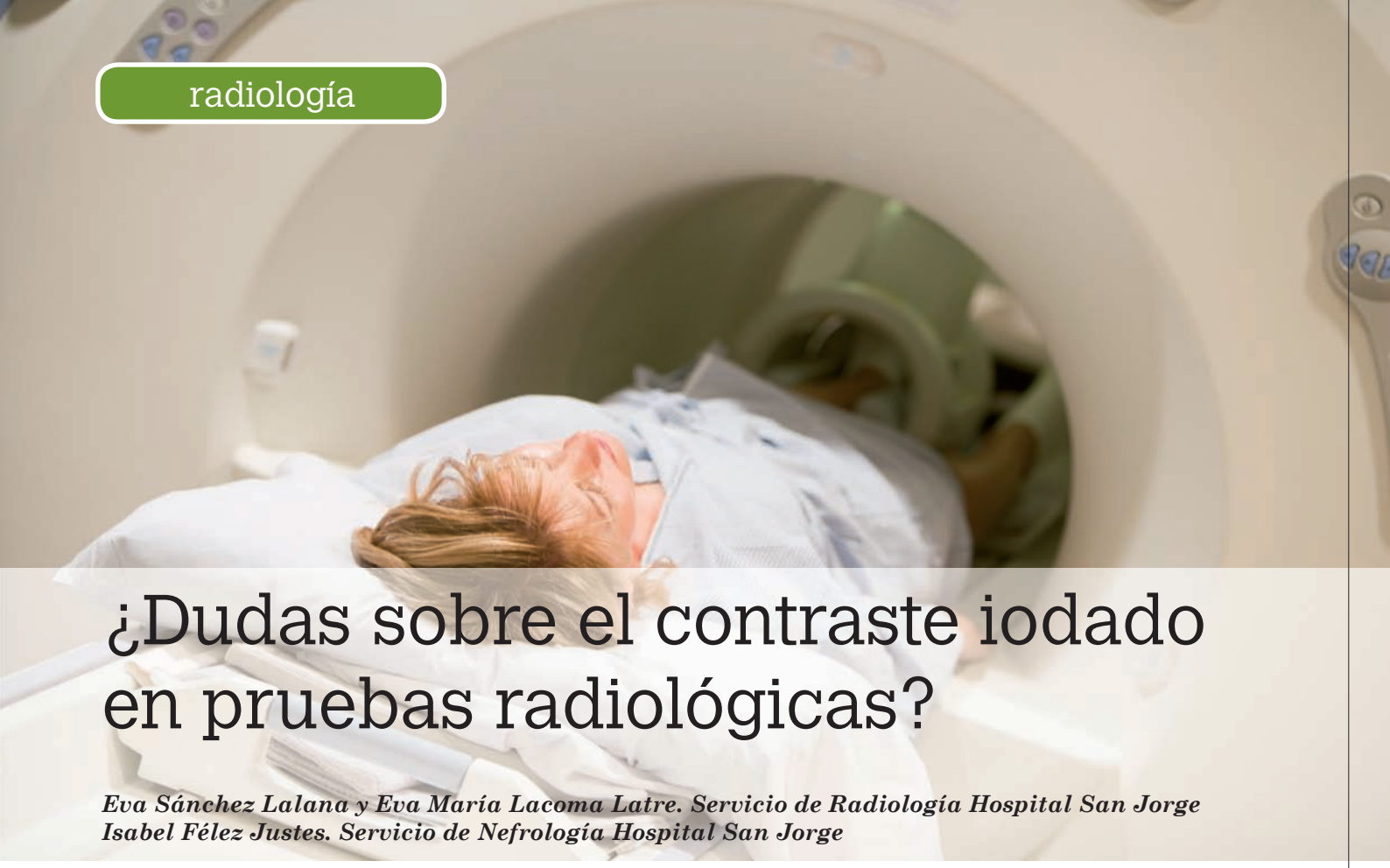
Una vez que la enfermedad se encuentre estable, el urólogo valorará el caso, la mayoría de las veces no requiere de cirugía, pero cuando la deformidad es muy pronunciada o le impide la penetración, el facultativo le puede ofrecer una corrección quirúrgica o algún otro tratamiento como las infiltraciones de colagenasa (recientemente aprobadas en Europa).

Cirugía

Las técnicas quirúrgicas para la enfermedad de Peyronie se dividen en 2:

- Las plicaturas, que básicamente consisten en plicar o "acortar" el lado sano del pene, son las más utilizadas, tienen la desventaja de que acortan el miembro, pero son más fáciles de hacer y tienen menos riesgos.
- En las técnicas de "alargameinto" se opera la placa fibrosa, y se deja un parche es su lugar, aunque no tienden a causar disminución de la longitud del pene, tienen mayores complicaciones, por lo tanto su uso se reserva para curvaturas complejas.

Es muy importante que el paciente comente todas las dudas y expectativas al urólogo, ya que eso ayudará a decidir cual de los tratamientos es el más recomendado para cada caso.



¿Dudas sobre el contraste iodado en pruebas radiológicas?

Eva Sánchez Lalana y Eva María Lacoma Latre. Servicio de Radiología Hospital San Jorge
Isabel Félez Justes. Servicio de Nefrología Hospital San Jorge

El contraste iodado intravenoso son medicamentos que se inyectan en el sistema circulatorio durante la realización de algunos estudios radiológicos (TAC y urografías intravenosas principalmente). La inyección se hace en una vena, generalmente en la flexura del codo, mediante bomba de inyección conectada a la vía.

El contraste realza ciertas estructuras y órganos, es decir, permiten que se vean diferentes a lo que se verían si no se administra contraste. Este realce da importante información al radiólogo, a veces imprescindible para llegar al diagnóstico.
La decisión del uso de contraste la toma el radiólogo, siempre valorando riesgo-beneficio y tras comprobar que no hay contraindicaciones en el paciente. Si el radiólogo considera necesario su uso, se solicita al paciente que firme el consentimiento informado (aceptación de la inyección).

¿Qué información se necesita para decidir el uso del contraste?

- Si los riñones funcionan bien (revisando analítica previa). En caso de insuficiencia renal se ajusta la dosis del contraste o incluso se desestima su uso. En alteraciones leves o moderadas de la función del riñón pueden ser necesarias medidas para protegerlo.
- Si toma metformina (antidiabético oral). Es necesario retirar el fármaco 2 días antes del contraste.
- Si padece hipertiroidismo, puede agravarlo.
- Embarazo.
- Antecedentes de alergia al contraste.

¿Qué efectos secundarios son más frecuentes?

ALERGIA AL CONTRASTE IODADO INTRAVENOSO: En caso de que ocurra, el 99% de los casos son reacciones leves (calor, náuseas, dolor de cabeza), no necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos. El 1% son reacciones moderadas (vómitos, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar), requieren tratamiento en la sala de radiología y observación hasta que desaparezcan los síntomas. Las reacciones graves representan el 0.04% del total de las reacciones (urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, edema pulmonar, arritmia, convulsiones, shock), requieren ingreso hospitalario y tratamiento. Excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardiaco o daño neurológico irreversible por hipoxia.
En cualquier caso, el servicio de Radiodiagnóstico dispone de medios y de preparación para detectar y tratar cualquier reacción alérgica.
Antecedentes de alergia al contraste no significa necesariamente que no se puede inyectar contraste, si se considera imprescindible su uso se puede tomar medicación para prevenirla (antihistamínico y corticoide).
Durante la inyección del contraste, es normal sentir un gusto metálico en la boca y calor en cuello y genitales, NO siendo esto una reacción alérgica.

TOXICIDAD Y DAÑO RENAL: El contraste se elimina por el riñón, y puede dañarlo. Por ello es fundamental evaluar la función renal antes del estudio y tomar las medidas correctas de protección renal si es necesario. Los pacientes con insuficiencia renal seguirán las 24 h anteriores y posteriores al estudio pautas protectoras renales, que consisten básicamente en aumentar la ingesta de agua y toma de N-acetilcisteína. Incluso en pacientes con función renal conservada se recomienda aumentar la hidratación posterior.

¿Qué preparación se necesita antes de la prueba?

Ayunas de las 6 horas previas.
Si es imprescindible se puede tomar medicación con agua.

¿Qué medidas se toman tras la inyección de contraste?

Importantísima la correcta hidratación, recomendando aumentar en un litro de agua su ingesta habitual ese día.
Tras la prueba puede hacer vida normal, incluido deporte.
Si tiene insuficiencia renal pueden recomendarle un control analítico a las 48-72 horas.
La lactancia materna no debe ser suprimida. Las revisiones publicadas en los últimos años aconsejan continuar la lactancia con normalidad tras la administración de contraste iodado intravenoso, ya que la minúscula cantidad que pasa al bebé no produce ningún daño.

Salvar una vida está en tus manos

Dra. Irantzu Huarte Labiano
Médico de Atención Continuada. C.S. Berdún

Alguien cae desplomado al suelo en la calle, parece que no respira con normalidad... la gente se acerca pero nadie sabe qué hacer. En España cada año fallecen de "muerte súbita" cerca de 25.000 personas. La mayoría de las veces, el suceso ocurre en presencia de otras personas y fuera de un medio hospitalario. La supervivencia y las secuelas van a depender en gran parte de la manera de actuar de los testigos y la rapidez con la que actúen.

Cuando el corazón deja de latir, la sangre deja de fluir y el oxígeno y los nutrientes no llegan a los tejidos. El cerebro que es el órgano más sensible a la falta de oxígeno, comienza a sufrir daños al cabo de 4 minutos, que pasan a ser irreversibles a los 10 minutos. Si nos toca presenciar en alguna ocasión una de estas escenas es muy importante que nos atrevamos a actuar y que tengamos claro los pasos que debemos seguir que son más sencillos de lo que en un primer momento nos podría parecer.

La cadena de supervivencia

Está demostrado que las tasas más altas de supervivencia después de sufrir una parada cardiaca se logran si se llevan a cabo una secuencia determinada de acciones denominadas, cadena de supervivencia (Figura 1).

Esta cadena está formada por cuatro eslabones, y todos ellos tienen la misma importancia.

Primer eslabón

Reconocer la situación de emergencia y activar los servicios de emergencias (061ó 112) es el primer eslabón. Un paciente que está inconsciente, no respira con normalidad, no tose ni se mueve está en parada cardiaca.

Segundo eslabón

El segundo eslabón es la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) precoz. La persona debe estar posicionada "boca arriba" y sobre una superficie dura. Nos arrodillaremos junto a ella y colocaremos el talón de la mano sobre el centro del pecho y con la otra mano entrelazada, comenzaremos a hacer compresiones a un ritmo de 100-120 por minuto.

Cada 30 compresiones hay que parar para hacer 2 "respiraciones boca a boca". Colocaremos una mano sobre la frente y con el pulgar y el índice de esa mano cerraremos la nariz. Con la otra mano mantendremos la mandíbula elevada y la boca abierta. Inspiraremos profundamente y rodeando con nuestros labios su boca insuflaremos el aire comprobando como se eleva el pecho al entrar el aire. Después dejaremos que salga el aire y repetiremos la maniobra otra vez, siguiendo de nuevo con las compresiones. Si por cualquier motivo no nos vemos capacitados para hacer las respiraciones seguiremos con las compresiones únicamente. Hay que intentar minimizar las interrupciones al máximo.

En el caso de los niños menores de 8 años la secuencia será 15 compresiones y 2 respiraciones.

Si hay dos reanimadores uno se encargará de las compresiones y el otro de las ventilaciones.

Hacer una RCP eficaz supone un esfuerzo físico importante y los reanimadores deben pedir un relevo cuando perciban que se están agotando para que las compresiones sigan siendo igual de eficaces.

Tercer eslabón

El tercer eslabón es la desfibrilación precoz mediante un desfibrilador automatizado (DEA). Son aparatos ligeros, seguros y precisos que dan instrucciones por voz. Las instrucciones son sencillas, paso a paso para poder ser manejado por personas no entrenadas. No siempre estará indicado realizar una descarga, el mismo aparato nos indicará que tenemos que hacer. La RCP debe seguir practicándose salvo en los momentos en los que apliquemos la descarga si así se nos indica.

Cada vez es más frecuente que encontremos estos aparatos en lugares públicos como centros comerciales o deportivos. La probabilidad de supervivencia disminuye cerca de un 10% por cada minuto que se demora la desfibrilación, por eso es tan importante localizar el DEA más cercano y activar los mecanismos para poder utilizarlo lo antes posible.

Cuarto eslabón

El cuarto eslabón de la cadena es la asistencia avanzada por personal sanitario especializado y los cuidados hospitalarios precoces. El éxito de este último eslabón va a depender de la rapidez de la puesta en marcha de la cadena de supervivencia y de que ninguno de los eslabones se rompa. (Figura 2)

Figura 1

Figura 2

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

Consejo Español

Soporte Vital Básico con un Desfibrilador Externo Automatizado (DEA)

Compruebe la respuesta

- Sacuda suavemente
- Pregunte en voz alta: "¿Se encuentra bien?"

Si no responde

- Abra la vía aérea & compruebe la respiración

Si no responde y no respira con normalidad

- **Llame al 061, envíe a alguien a buscar un DEA**

Si respira con normalidad

Colóquelo en la posición de recuperación

- Llame al **061**
- Continúe valorando que la respiración permanece con normalidad

Inicie inmediatamente compresiones torácicas

- Coloque sus manos en el centro del pecho
- Dé 30 compresiones torácicas:
  - Comprima firmemente al menos 5 cm pero no más de 6 cm
  - Comprima a una frecuencia de 100/min pero no más de 120/min
- Si está formado y es capaz combine las compresiones torácicas con respiraciones y si no continúe con RCP con solo compresiones
  - Coloque sus labios alrededor de la boca
  - Sople de forma continua hasta que el pecho se eleve
  - Dé la siguiente respiración cuando el pecho descienda
- Continúe RCP 30 compresiones y 2 respiraciones

Tan pronto como llegue el DEA Ponga en funcionamiento el DEA & aplique los parches

- Siga las instrucciones verbales/visuales
- Aplique un parche debajo de la axila izquierda
- Aplique el otro parche debajo de la clavícula derecha, cerca del esternón
- Si hay más de un reanimador: no interrumpa la RCP

Si la descarga está indicada

- Sepárese y dé la descarga
- Continúe la RCP

Siga las instrucciones del DEA

Continúe la RCP salvo que esté seguro que la víctima se ha recuperado y comienza a respirar con normalidad

www.erc.edu | info@erc.edu

Publicado Octubre 2015 por European Resuscitation Council vzw, Emile Vanderveldelaan 35, 2845 Niel, Belgium
Copyright: © European Resuscitation Council vzw Referencia de producto: Poster_BLS_AED_Algorithm_SPA_V20151214

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