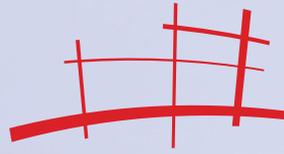


SUMARIO Nº 57-3

3 Mitos y restricciones alimentarias y los cálculos renales
4 Mi hijo no habla bien: Retraso simple del lenguaje
6 La densitometría ósea y los dolores: mitos y realidades
8 Las dermatitis de contacto alérgicas... 10 Cólico nefrítico
12 Retención de orina en el anciano 13 Año nuevo, nuevos propósitos: Alimentación Saludable 14 El ejercicio físico...
15 La sexualidad en el paciente anciano 16 El estigma de la depresión 17 Torticolis en el recién nacido 18 ...inseguras con su aspecto durante la menopausia 20 Tumor testicular
22 Atención temprana oportuna: Una medicina al alcance de todos 24 Incontinencia urinaria: Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico 26 Todo sobre tus cejas 28 Medicamentos de alto riesgo 30 Fimosis, ¿una enfermedad de niños?

**MÉDICOS
ENFERMERAS
Y PROFESIONAL
SANITARIO**
ver pág. 11



SCENIA

RESIDENCIAL

EXCLUSIVAS VIVIENDAS

De 4 ó 5 dormitorios con piscina,
paddle y zona comunitaria
en Valdespartera-Montecanal

www.residencialscenia.es

GRUPO

Lobe

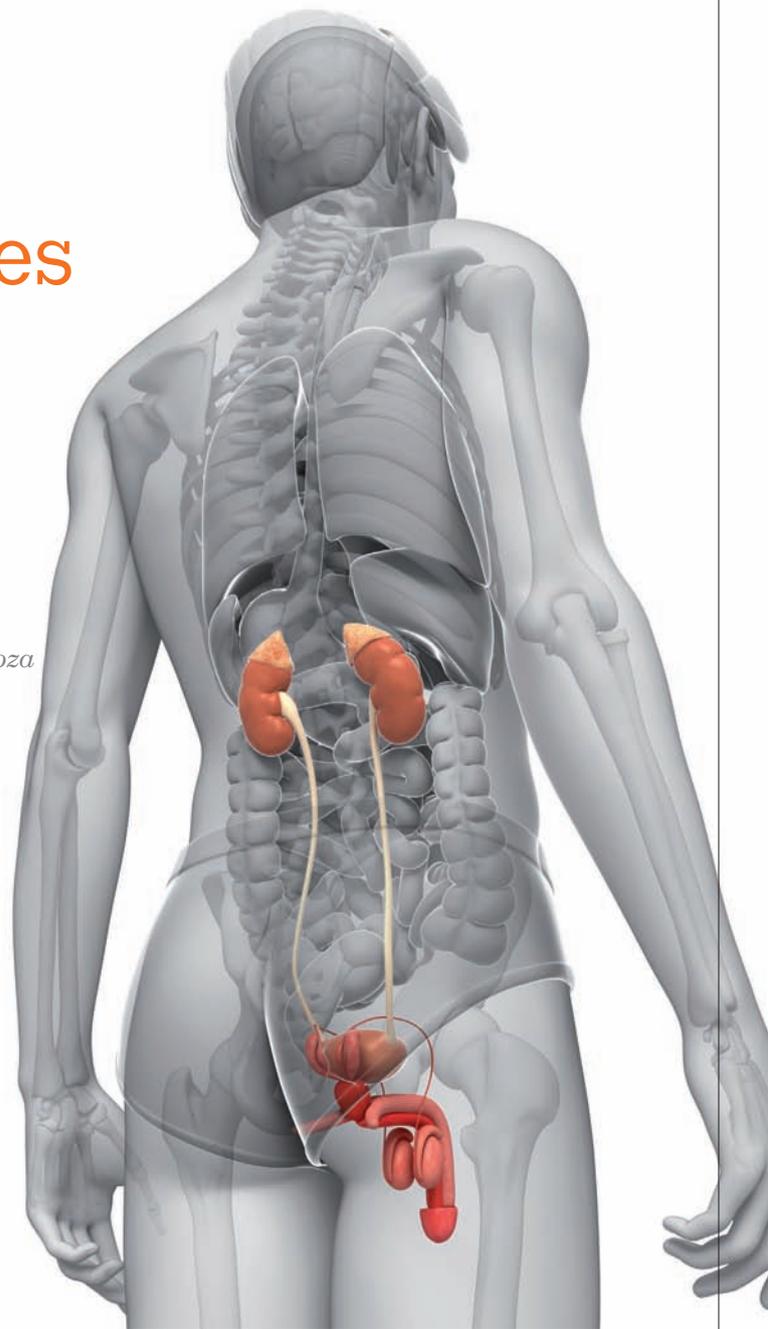
CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN EN: ESPACIO GRAN VIA, 24 GRUPO LOBE

976 372 000 • 648 071 890

Mitos y restricciones alimentarias y los cálculos renales

Sancho López, Carlota; Fantova Alonso, Alberto; García Ruiz, Ramiro; Cabañuz Plo, Teresa; Muñoz Rivero, Marta; Gil Sanz, María Jesús.
S^o Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza



Los cálculos urinarios se suelen diagnosticar cuando producen un cólico nefrítico, porque obstruyen la salida de la orina produciendo el dolor lumbar o abdominal. En la mayoría de ocasiones es posible expulsar el cálculo, sobre todo si se asocia tratamiento médico para facilitar la eliminación del mismo. Pueden ser de diferente composición, los más frecuentes son los oxalocálcicos, seguidos por los úricos.

Según el tipo de cálculo se pueden recomendar una serie de medidas dietéticas para ayudar a prevenir recidivas.

Hay ciertas medidas que se recomiendan globalmente como son la abundante ingesta de líquidos. Es recomendable beber en torno a 2 o 3 litros diarios, sobretudo en los meses de verano, ya que la deshidratación favorece la producción de litiasis urinaria. También es importante seguir una dieta equilibrada, sin excesos, incluyendo frutas, verduras y fibras

y práctica habitual de ejercicio evitando el sedentarismo. Se debe intentar limitar el consumo de sal a 5 gramos diarios.

Si se ha tenido una litiasis de tipo úrico, es importante limitar la ingesta de proteínas de origen animal, a niveles de 0,8 a 1 gramo diario por kilogramo de peso. Las proteínas de origen animal se encuentran en las carnes, pescados enlatados o en conserva y huevos. También es importante restringir los embutidos, patés y mariscos.

Expulsión del cálculo

Si el cálculo expulsado es de oxalato cálcico (tipo de litiasis más frecuente en nuestro medio), es importante disminuir la ingesta de alimentos que presenten elevado contenido en oxalato, como son las verduras de hoja verde (como las espinacas o el brócoli), el chocolate, el té, el café, los frutos secos procesados (como las nueces o las almendras) y los frutos rojos en general.

Con respecto al calcio, a pesar de haber presentado una litiasis de oxalato cálcico no se

debe restringir su ingesta, sí recomendar no exceder el litro de leche al día o su correspondiente en lácteos (yogur, quesos, mantequillas entre otros.)

El médico dará suplementos de calcio a pacientes que presenten disminución de la absorción por un problema intestinal, o en pacientes con osteoporosis severa.

En este tipo de litiasis también se recomienda no exceder la ingesta de vitamina C, puesto que es un precursor del oxalato, evitando la ingesta superior a un gramo diario. Entre los alimentos con mucha vitamina C destacan los cítricos como las naranjas, mandarinas, pomelos, limones o el kiwi.

También existen fármacos que inhiben la cristalización de las litiasis, como es el citrato. Este fármaco presenta un doble mecanismo protector, además del anteriormente descrito, se añade la modificación en el pH urinario, evitando igualmente el proceso formador y de crecimiento de las litiasis. Se suplementa con citrato a los pacientes que presenten niveles disminuidos del mismo.

Mi hijo no habla bien: Retraso simple del lenguaje

Dra. Amparo Santamaría Torroba

Médico rehabilitador. Centro de Atención Temprana. Instituto Aragonés Servicios Sociales. Zaragoza.
Estudiante de Grado de Psicología. Universidad Nacional a Distancia.

Francisco Eguinoa

Departamento de Psicología y Sociología. Jefe de Sección de Atención Temprana del I.A.S.S.

El retraso simple del lenguaje es una disfunción que suele afectar a más de uno de los niveles del lenguaje, siendo la fonología y la sintaxis los más afectados. Puede aparecer desde el nacimiento o durante su etapa de crecimiento. Afecta a la expresión y en algunos casos a la comprensión sin que la causa se deba a una deficiencia auditiva o trastorno neurológico.

Esto se evidencia en el desarrollo del lenguaje que no corresponde a la edad cronológica del niño. A los 3 años de edad aproximadamente un niño tiene configurado su lenguaje de acuerdo con las normas gramaticales que caracterizan el lenguaje de los adultos.

El diagnóstico para esta disfunción se debe realizar entre los 2 y 6 años puesto que es la edad en la que el niño ya ha comenzado su aprendizaje. Aparece en niños en los que no se encuentran alteraciones de tipo intelectual, relacional, motriz o sensorial, no presenta ningún tipo de patología, pero por cualquier circunstancia tardan más tiempo en alcanzar la comprensión del lenguaje. Lo más normal es que se presente como una insuficiencia del aspecto expresivo, comprensivo y articulatorio. Por tanto para hablar de retraso simple del lenguaje se deben descartar otras causas:

- Que la causa del defecto en la expresión del lenguaje no sea por causa de una deficiencia auditiva.
- Que el déficit no este asociado a un retraso psicomotor.
- Autismo.
- Otros trastornos neurológicos.

Síntomas del retraso simple del lenguaje

Afecta aunque no de igual manera tanto a la producción del lenguaje como a la comprensión.

1. Expresión. Diferencia cronológica en la aparición de las primeras palabras. Normalmente los niños comienzan a pronunciarlas entre los 12 y 18 meses, pero cuando presentan un retraso simple del lenguaje de las primeras palabras no aparecen hasta los 2 años de edad.

A los 3 años de edad los niños con RSL empiezan a expresarse con holofrases cuando deberían haberlas utilizado ya desde los 12 ó 15 meses. La holofrase hace referencia a cuando un niño utiliza para comunicarse una sola palabra que encierra en sí misma un mayor significado, por ej, si el niño dice papa señalando el coche del padre nos está diciendo que es el coche de su padre.

El pronombre YO no lo adquiere hasta la edad de 4 años, cuando la edad normal son los 3

años de edad. Utiliza un vocabulario reducido y con habla truncada, omite silabas y suele tener un habla infantilizada.

El lenguaje telegráfico más común entre los 15 y 18 meses, durara hasta más de los 4 años de edad. Entre los 4 y 5 años aún no hará frases complejas, ni usará plurales ni conjugará correctamente los verbos. Su expresión carece normalmente de artículos y pronombres posesivos. Se observa que el niño omite letras PATO (ato)

1.1. Nivel Semántico. Posee pocas palabras para comunicarse, solamente las cosas cotidianas esto le impide avanzar en sus conocimientos.

1.2. Nivel Morfosintácticos. Las oraciones con las que se expresa con cortas, ej agua vaso (yo quiero agua en el vaso).

1.3. Nivel Pragmático. Al poseer poco vocabulario no le permite expresarse libremente, generalmente espera que le pregunten y contesta en forma corta, esto influye en la descripción de objetos y en el desarrollo del pensamiento.

2. Comprensión. Pueden aparecer lagunas en las nociones espacio-temporales y en la distinción de los colores. Dificultad en los aprendizajes escolares. Solamente comprende situaciones concretas en su mayoría y relacionadas con su entorno familiar.

Factores que inciden en el retraso simple del lenguaje

- Hereditarios. La recurrencia del retraso en varios hermanos y en los progenitores anulando la variable aprendizaje muestra la existencia de este factor genético
- Neurológicos. Algunos niños muestran ciertas conductas como un exceso de movimientos improductivos e inatención, se puede inferir que existe una alteración en el mecanismo de cognición de la atención
- Factores psicosocioafectivos. La sobreprotección de algunas madres es negativo para el desarrollo del lenguaje del niño. Adivinan lo que su hijo piensa y quiere y hablan por él, por tanto una de las actitudes parenterales que más influye en el establecimiento del RSL es la actitud sobreprotectora. También el caso contrario el abandono o la indiferencia ante las necesidades del niño. Los celos del hermanito son fuente de permanente regresiones, entre ellas el habla.

¿Qué pasos seguir?

En relación a los padres, las actitudes a modificar se refieren fundamentalmente a:

- **Sobreprotección:** deben saber la relación que se da entre una actitud sobreprotectora y el RL de su hijo. Se deberá animar a los padres a solucionar los problemas planteados por su actitud (angustia de separación) aconsejándoles



concretamente a trabajar por la independencia de su hijo. Esto les irá llevando a una descarga paulatina de su propia angustia y por tanto la preocupación y solicitud excesivas con su hijo disminuirán y el niño podrá desarrollar mejor sus aptitudes.

- **Poca estimulación:** se trata de niños con lenguaje más pobre, los padres adoptan una forma directiva lo que perjudica aún más todavía la adquisición del lenguaje por parte del niño. Pierde interés el qué se dice y lo gana el cómo se dice. Para conseguirse una estimulación más intensa y correcta debe negociarse con los padres un tiempo determinado en el que uno de ellos o mejor los dos, se dedique a dicha estimulación. Los objetivos que se propongan a los padres deben estar relacionados con el afianzamiento de lo conseguido y no con la adquisición de nuevas habilidades. La lectura conjunta de libros puede ser un buen sistema.

¿Acudo al logopeda?

La remisión a un logopeda deberá fundamentalmente realizarse dependiendo del grado de gravedad del retraso. Como principio general se aconseja iniciar la reeducación lo más pronto posible en estos casos. Existen datos que demuestran que la mitad de los niños con retraso temprano muestran RL más tarde junto con dificultades de socialización, por lo que es conveniente mantener ciertas reservas hacia consejos tan frecuentes como "no se preocupe que esto no es nada", "llevarlo al logopeda es una pérdida de tiempo" "para cuando entre en la escuela hablará bien" etc. Debe tenerse bien presente que el niño con RL es mucho más susceptible de tener dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura. Esta situación de riesgo es tanto mayor cuanto mayor sea el niño, por tanto se anulará este riesgo si el niño ha mejorado mucho su retraso a los 5 y medio años ó 6 años.

El logopeda es un profesional que trabaja todos los aspectos de la comunicación, realiza un conjunto de métodos para enseñar una emisión de la voz de una palabra normal a quien tiene dificultades de pronunciación. En muchas ocasiones el progreso obtenido con la escolarización no es suficiente y será necesaria la reeducación logopédica.

Seguro de **Automóvil** 

A.M.A. COMPAÑÍA
LÍDER EN SEGUROS DE
COCHE POR CALIDAD
PERCIBIDA, FIDELIDAD Y
PRESCRIPCIÓN
Fuente: Informe anual ISSCE
(dic 2014)

Hasta un
60% ^{*}
bonificación
en su seguro de **Automóvil**

A.M.A. HUESCA
Zaragoza, 5; bajo
Tel. 974 22 33 54
huesca@amaseguros.com

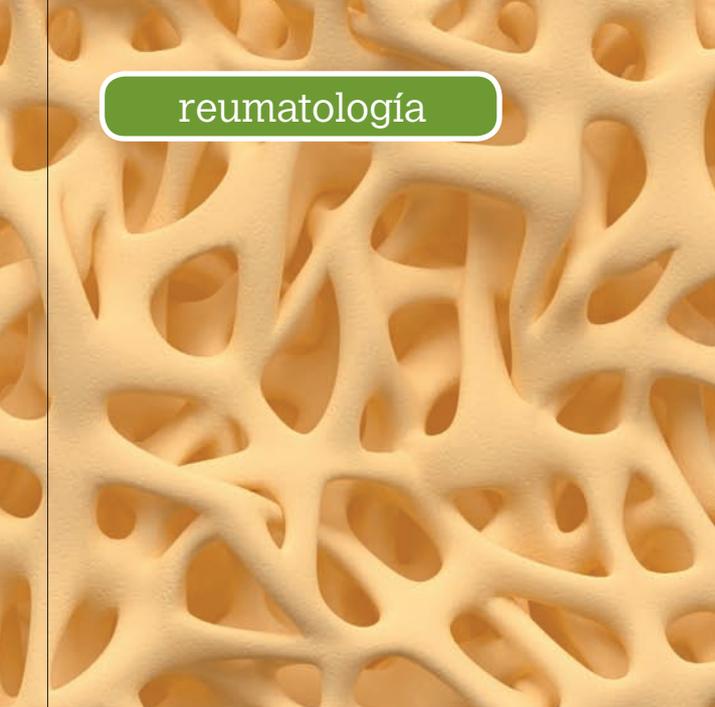
A.M.A. TERUEL
Joaquín Arnau, 2; 1º
Tel. 978 61 72 10
teruel@amaseguros.com

A.M.A. ZARAGOZA
Jose María Lacarra de Miguel, 8; bajo
Tel. 976 22 37 38
zaragoza@amaseguros.com

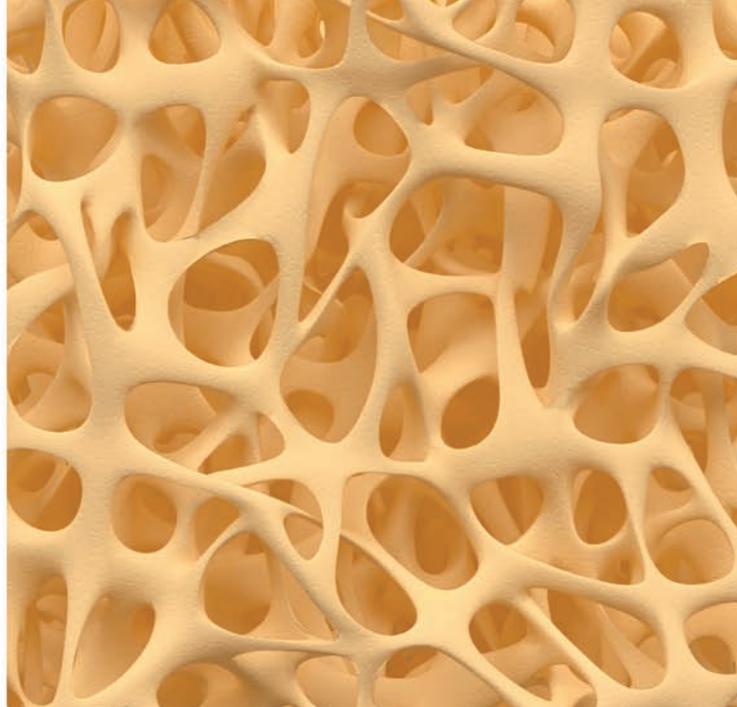
www.amaseguros.com
902 30 30 10
Síguenos en 


LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 31 de diciembre de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.



normal



osteoporosis

La densitometría ósea y los dolores: mitos y realidades

Dra. Pilar S. del Río Martínez. Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.
Dra. Marina Soledad Moreno García. Servicio de Reumatología. Hospital "Infanta Sofía", Tudela, Navarra.
Dr. Pablo Baltanás Rubio. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza

En numerosas ocasiones hemos oído comentar a amigos o conocidos, casi siempre mujeres, que les habían hecho una prueba muy conocida, la densitometría, y en las consultas nos encontramos con que a menudo se nos demanda esta prueba, pero ¿qué es la densitometría en realidad? ¿Para qué sirve? ¿Qué mide y qué podemos diagnosticar con ella?

Primero aclaremos algunos conceptos. La densitometría es una herramienta más para evaluar la osteoporosis, pero ¿qué es la osteoporosis?

La osteoporosis

Todo el mundo habla de ella, pero conviene realizar algunas aclaraciones. La osteoporosis es un problema por el cual nuestros huesos pierden masa ósea, es decir, se vuelven más frágiles al ser menos densos y, por lo tanto, es mucho más fácil que se rompan sin haber sufrido golpe alguno.

La osteoporosis es un proceso que no sólo afecta a mujeres postmenopáusicas, sino que puede afectar a hombres o a mujeres más jóvenes. Algunas enfermedades que producen trastornos hormonales, la toma de corticoides



a dosis altas o la inmovilidad son algunos de los factores que pueden favorecer la osteoporosis. Ahora bien, y esto es una confusión muy extendida, ¿la osteoporosis duele? La respuesta es no.

La osteoporosis es un proceso por el cual el hueso pierde resistencia, y esto no duele, salvo, en ese caso sí, cuando este hueso se fractura sin golpe porque es demasiado frágil. Por lo tanto, si una mujer postmenopáusi-

ca tiene dolor, y no nos consta que se haya roto ningún hueso, no es por osteoporosis, probablemente sea por artrosis, que sí es un proceso doloroso.

La artrosis

A menudo se suele confundir osteoporosis y artrosis, y se meten en un mismo saco creyendo que las dos son causantes de dolores, sin embargo no es así. Ya hemos comentado

que la osteoporosis no duele, mientras que la artrosis, que es el desgaste del cartilago que recubre las articulaciones, puede ser un proceso muy doloroso. Por tanto, son procesos distintos, que tiene una forma de diagnosticarse y tratarse distinta. Aunque sí que debemos reseñar que una persona puede padecer los dos problemas, osteoporosis y artrosis, puesto que uno no excluye al otro.

¿Qué es la densitometría?

Llegados a este punto hablaremos de la densitometría, ¿qué es realmente? La densitometría es una prueba que, como su nombre indica, mide la densidad de los huesos. Aunque hay distintos aparatos y se pueden medir diferentes zonas del cuerpo (talón, hueso radio...), la densitometría más completa y fiable es la que mide densidad de hueso en cadera y vértebras, que, por otra parte, son los huesos que más riesgo corren de romperse sin golpes cuando se padece osteoporosis. Por lo tanto, una densitometría nunca nos va a servir para aclarar el origen de nuestros males si lo que tenemos es dolor. Aunque la densitometría se haga de la cadera y vértebras, y en el caso de que a un/una paciente le duela alguna de estas zonas, esta prueba no nos da información alguna sobre el origen de nuestro dolor.

En cuanto al resultado de la densitometría, viene expresado en un término de estadística que se llama "desviación estándar" y que viene a ser, más o menos, cuanto se aleja o se acerca la masa ósea del paciente al que se le hace la prueba de la masa ósea de un adulto joven.

Ahora que ya sabemos un poco más en qué consiste la densitometría, nos haremos algunas preguntas más.

Esta prueba, ¿es necesaria para diagnosticar osteoporosis? La respuesta es no. La densitometría nos da un valor a partir del cual nos hacemos una idea de cómo está la resistencia de los huesos del paciente, pero no es obligatoria ni necesaria para hacer el diagnóstico de osteoporosis. Por ejemplo, si vemos un/una paciente mayor que se queja de dolor de espalda sin haberse dado un golpe, y al hacerle una radiografía vemos que se le ha fracturado una vértebra porque se ha "decalcificado" (como se dice popularmente), no es necesario hacer una densitometría, porque ya sabemos que ese paciente tiene osteoporosis. Lo importante será tratarle y aliviarle, y en este caso, el resultado de la densitometría es secundario.

La densitometría no supone la prueba determinante para diagnosticar osteoporosis, ya que a veces vemos casos de pacientes con una densitometría en la que aún no llega a haber osteoporosis (es decir, están en el paso previo, que se llama baja masa ósea u osteopenia) y se fracturan sin haberse dado golpe, lo que se llama una "fractura por fragilidad". Y, ¿cómo puede ser eso? Porque la valoración de la osteoporosis es mucho más compleja que simplificar su diagnóstico sólo a hacer una densitometría.



En un paciente que pensemos que puede tener osteoporosis (que, recordamos, no duele salvo que ocurra una fractura por fragilidad), hay que evaluar todas las causas que pueden hacer perder resistencia a sus huesos, por tanto, tendremos en cuenta numerosos factores: sexo, edad, índice de masa corporal (relación peso/altura), si ya ha tenido otras fracturas por fragilidad, si sus padres se han roto la cadera (los antecedentes familiares son muy importantes), sus hábitos (si fuma, si bebe...), enfermedades: hipertiroidismo no tratado, diabetes, celiaquía, enfermedades del intestino que impiden la correcta absorción de nutrientes, enfermedades hepáticas, toma de corticoides a dosis altas durante tiempo prolongado, menopausia precoz en caso de mujeres...

Menopausia y osteoporosis

Entonces, según todo lo que hemos comentado, ¿es necesario que todas las mujeres a partir de la menopausia se hagan una densitometría? La respuesta es no. Afortunadamente, la osteoporosis no es un proceso que afecte o se acelere de forma incontrolada a partir de la menopausia. Sí que en algunos casos puede estar justificado realizar una densitometría en una mujer postmenopáusica, si existe alguno de los factores de riesgo que hemos comentado antes. La densitometría no es la prueba

absoluta y necesaria para el diagnóstico de osteoporosis, simplemente es una prueba más para su evaluación.

Otro aspecto importante a reseñar es la periodicidad de las densitometrías. Existe la creencia generalizada de que deben repetirse cada dos años. Sin embargo, esto no es así. La densitometría se puede repetir, sin periodicidad fija pero nunca antes de 2 años, en casos concretos: por ejemplo, si hemos puesto tratamiento para la osteoporosis a un paciente y queremos ver si ha recuperado masa ósea en la densitometría, si tenemos un paciente con muchos factores de riesgo y queremos decidir si le tratamos o no...

Conclusiones

En conclusión, quedémonos con los siguientes mensajes: la osteoporosis es un proceso de pérdida de resistencia de los huesos, indoloro salvo cuando se complica y se producen fracturas sin golpe, las llamadas fracturas por fragilidad. La densitometría es una herramienta más que nos ayuda en la evaluación de la osteoporosis, pero no es necesario hacerla a todas las mujeres postmenopáusicas, ni repetirla cada dos años. Por último, reseñar que los factores de riesgo de osteoporosis que hemos comentado previamente tienen un gran peso a la hora de evaluar el riesgo de osteoporosis, igual o mayor que la densitometría.



Las dermatitis de contacto alérgicas afectan al 1-2% de la población

Dr. Juan Francisco Silvestre. Coordinador del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea.

Dr. Juan García Gavín. Dermatólogo.

Miembros de la Academia Española de Dermatología y Venereología

La dermatitis alérgica de contacto puede afectar a cualquier persona sin distinción de sexo y edad. La incidencia de esta enfermedad es muy elevada: 1-2% de la población, siendo superior para determinados alérgenos como el níquel.

El alérgeno más frecuente es el sulfato de níquel

En España tenemos una incidencia de pacientes con dermatitis alérgica de contacto al níquel excepcionalmente elevada afectando al 30% de las mujeres, cifra que duplica o triplica la de países vecinos. Curiosamente, desde el año 2004 está en vigor una regulación Europea que limita la liberación de níquel por parte de objetos destinados a ponerse en contacto con la piel a 0,05 microgramos/cm²/semana. Hay dos posibles explicaciones: malos hábitos o incumplimiento de la normativa europea.

Hace 2 años realizamos un estudio en colaboración con otros especialistas españoles en el que analicé personalmente pendientes comprados en diferentes tiendas. En el estudio se certificó que la joyería comprada en mercadillos no cumplía la normativa y es por tanto fuente de exposición a este metal. En definitiva, usar pendientes desde la infancia ocasiona la mayoría de intolerancia a la bisutería, explica el Dr. Juan García Gavín.

Alergia a las fragancias

La alergia a fragancias es la segunda en frecuencia y es causa de eczemas crónicos, de difícil manejo y que alteran la calidad de vida del paciente: tanto los productos de higiene, cosméticos, como de uso doméstico contienen perfumes y por tanto es muy difícil de evitar.

Dermatitis de ámbito laboral, de origen textil y cosmético

1. Dermatitis alérgicas de origen laboral: Son importantes las resinas, como la epoxi, las de melamina, determinados aceites de corte, isocianatos, disolventes y tintes.

2. Dermatitis alérgicas en casa: La mayor parte de los alérgenos están contenidos en cosméticos y pueden ser conservantes, fragancias o emulgentes.

La alergia a tintes también es más frecuente entre la población femenina y, afortunadamente, en los últimos años están apareciendo unos nuevos que no contienen parafenilendiamina base (causa de la mayoría de alergia a coloraciones capilares), que permiten teñirse el pelo a las personas alérgicas.

Metilisotiazolinona

Sin duda el alérgeno más importante de los últimos dos años ha sido la metilisotiazolinona, que está ocasionando una verdadera epidemia de alergia. Se trata de un conservante presente en muchos productos cosméticos,

de limpieza domésticos, bricolaje, barnices, pinturas o pegamentos.

En el año 2005 se aprobó el uso de esta sustancia como conservante para su uso en cosméticos con un límite de concentración de hasta 100 partes por millón. En el año 2010 se publicaron los primeros casos de alergia a esta sustancia contenida en cosméticos: la mayor parte de los pacientes presentaban lesiones perianales o en manos y tronco por el uso de toallitas húmedas. Posteriormente han aparecido miles de casos de alergia a esta sustancia en lo que se ha llegado a calificar como auténtica epidemia.

¿Qué productos contienen esta sustancia? Determinadas toallitas húmedas, jabones de manos, champús, cremas hidratantes, cremas de manos, productos de limpieza (lavavajillas, limpiadores de vitrocerámica), pinturas, barnices, etc.

¿Qué síntomas presentan los pacientes? Lesiones cutáneas pruriginosas, ronchas, picor. No siempre es fácil intuir que un producto puede hacer daño. De hecho, muchas veces los pacientes lo cambian para descartar una posible alergia sin darse cuenta de que el nuevo producto puede tener ingredientes en común con el anterior. Además, un paciente se sensibiliza de repente. No importa que lleve utilizando un producto años y años.

La Sociedad Europea de Dermatitis de Contacto está luchando para que en la Unión



Europea se disminuya la concentración máxima permitida en todos estos productos.

Tratamiento: Evitar la sustancia

El único tratamiento eficaz de la dermatitis alérgica de contacto es evitar las sustancias que le producen alergia. Por ello es tan importante el diagnóstico: han de realizarse pruebas epicutáneas para verificar o descartar sensibilizaciones.

No todo son alergias

"El término "alergia cutánea es muy popular entre la población general pero es utilizado de forma inadecuada y excesiva, pues la mayoría de los pacientes creen que la dermatitis que padecen es de naturaleza alérgica", explica el Dr. Juan Francisco Silvestre.

"Las enfermedades cutáneas que suelen englobarse dentro del término "enfermedades alérgicas" de la piel son la urticaria, la dermatitis atópica y el eczema de contacto. La mayoría de médicos consideran que estas enfermedades tienen una causa alérgica, pero esto no es así en la mayoría de los casos", opina el experto.

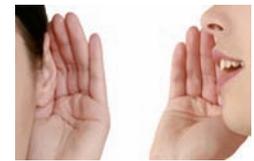
La urticaria sólo es de causa alérgica en el 1 % de los casos (frecuencia algo mayor en la población infantil).

La dermatitis atópica no es una enfermedad cutánea alérgica per se aunque los pacientes atópicos son proclives a padecer alergias alimentarias, asma y rinoconjuntivitis de naturaleza alérgica y su dermatitis se puede ver complicada por un eczema de contacto alérgico.

La dermatitis o eczema de contacto es una inflamación de la piel (rojez, hinchazón, vesículas, descamación, sequedad, fisuras,) que se produce tras el contacto con una sustancia química. El 80 % de los eczemas de contacto son de origen irritativo y el 20 % son de causa alérgica. Por tanto la mayoría de alergias cutáneas corresponden a eczemas de contacto alérgico pero, aunque es frecuente, lo es menos de lo que creen muchos médicos y la población general.



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



Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web
solicita tarifas www.zonahospitalaria.com/como-anunciarse/

T 695 480 160 aragón@zonahospitalaria.com



Cólico nefrítico

Cabañuz Plo, T.; Muñoz Rivero, M.V.; García Ruiz, R.; Tejero Sánchez, A.; Reyes Figueroa, A.A.; Gil Sanz, M.J. Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

El cólico nefrítico constituye el 3,5% de todas las urgencias hospitalarias, y es la causa más frecuente de dolor urológico. En España, la incidencia de litiasis (piedras) alcanza el 4,2% de la población, con mayor afectación de varones que de mujeres y con un pico de incidencia entre los cuarenta y los cincuenta años.

El riesgo medio de formación de cálculos a lo largo de la vida es en torno a un 5-10%. Los cálculos suponen una parte importante de la atención médica a pacientes en urología, ya que además tienen en general tendencia a reaparecer.

¿Cuáles son sus causas?

La causa del cólico es una obstrucción a nivel de la vía urinaria, generalmente en el uréter (que comunica el riñón con la vejiga). Puede estar producido por diferentes razones, la más frecuente es la presencia de cálculos ureterales, pero también puede estar producido por coágulos o tumoraciones (tanto de dentro de la vía urinaria como localizada en órganos vecinos que comprimen la vía).

En ocasiones, aunque con menor frecuencia, esta obstrucción al paso de la orina se produce por otras enfermedades no relacionadas con el aparato urinario como la fibrosis retroperitoneal o dilataciones vasculares como un aneurisma de aorta.

¿Qué síntomas produce un cólico renal?

La clínica más típica de la litiasis renal es el dolor cólico, que consiste en un dolor lumbar muy intenso de tipo espasmo, con grandes picos de dolor, acompañado de afectación general, sudoración y, en ocasiones, náuseas y/o vómitos. El dolor se irradia de forma típica hacia la fosa ilíaca, región inguinal y genitales. Además, no suele aliviar con los cambios posturales.

Cuando el cálculo está situado cerca de la vejiga, puede aparecer un cuadro irritativo consistente en polaquiuria, que es un aumento en la frecuencia de las micciones; disuria, que es la emisión de orina dificultosa, dolorosa e incompleta y/o tenesmo vesical, es decir un deseo urgente de orinar que obliga a hacerlo constantemente en pequeña cantidad.

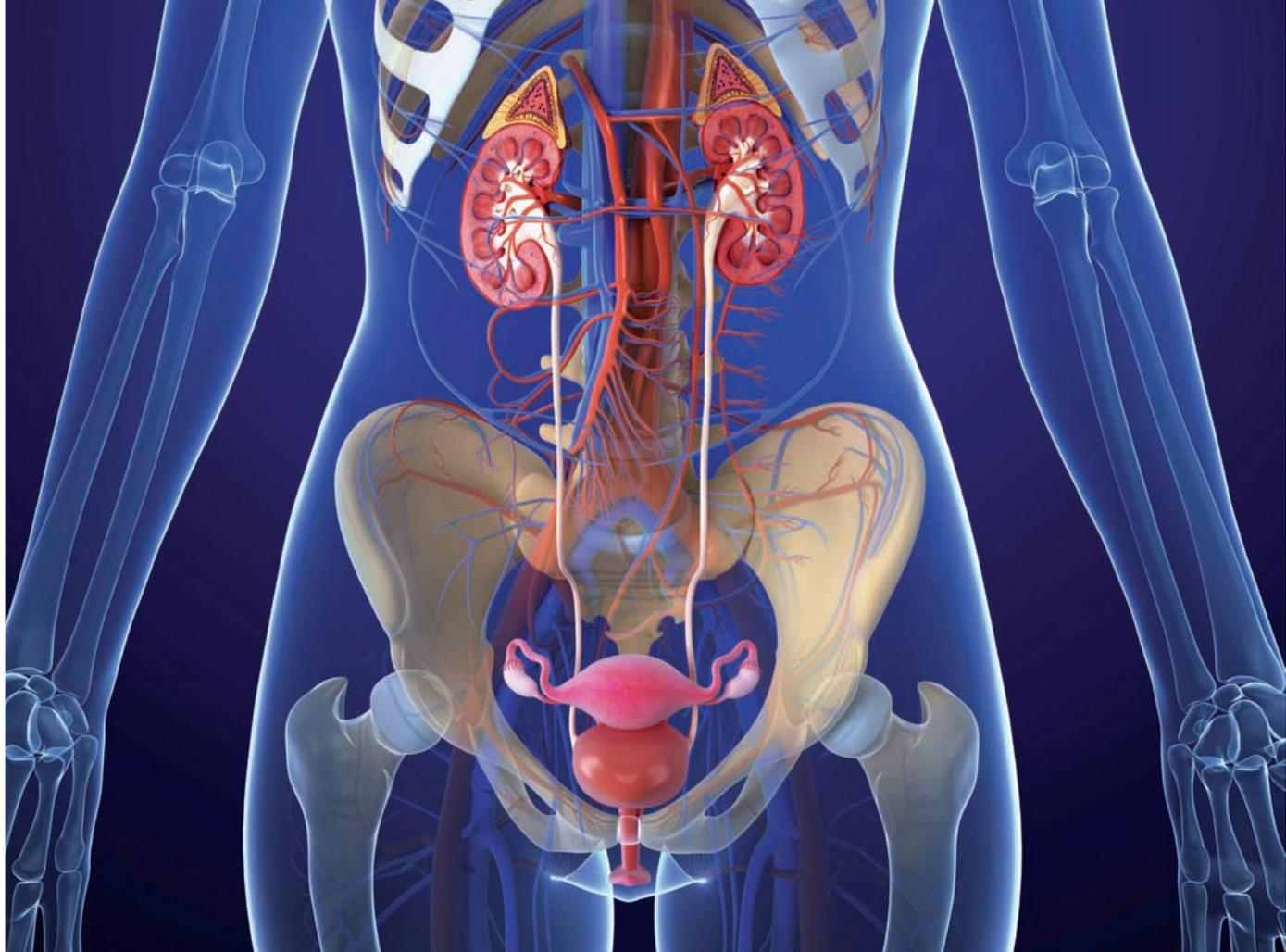
Si existe fiebre de más de 38°C, además de la obstrucción del riñón indica que existe una infección de la orina concomitante. Esto constituye una urgencia importante y conlleva la necesidad de derivar la orina de forma quirúrgica para evitar una infección generalizada grave (sepsis).

¿Cómo se diagnostica?

La clínica del cólico es muy característica y en la mayoría de los casos orienta muy bien al diagnóstico. Para determinar la causa que lo produce se realizan análisis de sangre y orina y pruebas de imagen.

En la mayoría de los casos como ya hemos explicado la causa es una litiasis. En esta situación en la analítica de orina urinaria suele aparecer hematuria microscópica, es decir presencia de sangre solo visible en microscopio y no a simple vista. Este pequeño sangrado se produce por el roce del cálculo con las paredes de la vía urinaria, en las cuales existen pequeños vasos sanguíneos.

La radiografía de abdomen y la ecografía renal y vesical nos permiten visualizar general-



mente la localización del cálculo, su tamaño aproximado y la repercusión que provoca sobre el riñón (el grado de dilatación renal, que aumenta a medida que pasa el tiempo). Cuando hay dudas en estas pruebas de imagen o si se considera necesario por el estado en el que se encuentra el paciente (posibles complicaciones) se puede realizarse un uro-TAC, si bien esta prueba no es necesaria en la mayoría de los casos.

¿Cómo se trata?

El principal objetivo en el tratamiento del cólico renal es disminuir el dolor, que es la causa de la consulta en urgencias. Para ello se deben administrar fármacos analgésicos como es el metamizol, o fármacos antiinflamatorios como el ibuprofeno, el dexketoprofeno o el diclofenaco.

En los casos en los que con los fármacos

administrados por vía oral no desaparece el dolor, puede ser necesario administrarlos vía intramuscular o intravenosa o incluso iniciar tratamiento con analgésicos mayores tipo derivados opiáceos. Además, en muchos pacientes, suele ser necesario administrar fármacos para el control de las náuseas y los vómitos.

En aquellas ocasiones en las que el dolor no responde pese al tratamiento o el paciente presenta fiebre, se debe realizar, como se ha comentado previamente, un procedimiento quirúrgico, que permita drenar la orina al exterior y, por tanto, alivie la presión en la vía urinaria y, consecuentemente, los síntomas.

Posteriormente, se debe prevenir la reaparición del cólico con el tratamiento de la litiasis. La expulsión espontánea del cálculo ocurre aproximadamente en el 70% de los casos,

sobre todo si el tamaño es inferior a 5 mm. Si la litiasis tiene un tamaño mayor puede requerir un tratamiento de la misma dada su escasa probabilidad de expulsión.

Este tratamiento se llevará a cabo en función de la localización y del tamaño y se disponen diferentes procedimientos, pudiendo realizarse técnicas como son la litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC), la cirugía endoscópica (Ureterorenoscopia), la cirugía percutánea (a través de la piel), cirugía laparoscópica o abierta, o combinación de las anteriores.

En ocasiones, cuando sospechamos que es una litiasis de ácido úrico también puede tratarse con tratamiento médico: fármacos que alcalinizan la orina y que pueden llegar a disolver la litiasis.



Para el Médico, Enfermera y Profesional Sanitario

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

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



Retención de orina en el anciano

*Dra. C. Rocío Sierra Labarta. Especialista en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra).
Dr. Jorge Aranda Lozano. Especialista en Urología. Hospital Comarcal de Alcañiz (Teruel).*

La retención de orina es la imposibilidad de vaciar de forma total o parcial, aguda o crónica, el contenido de la vejiga. Cuando se presenta de forma aguda y total, produce una urgencia urológica debida a la distensión vesical. Puede producirse de manera espontánea o ser desencadenada por otro proceso previo.

Otro tipo de retención urinaria es aquella que aparece de forma crónica y parcial, con una sintomatología menos florida, donde los pacientes no consiguen el vaciamiento completo de la vejiga durante la micción, quedando un remanente de orina en la vejiga más o menos cuantioso que puede llevar al deterioro de la función renal por la dilatación de las vías urinarias superiores.

¿Es frecuente en la población anciana?

Aproximadamente un 10% de los varones entre 70 y 80 años y un tercio de los mayores de 80 años presentarán retención de orina, siendo una patología muy común, que la sitúa en una de las urgencias urológicas más habituales y fácilmente reconocibles. Su causa más frecuente en ambos sexos es la obstructiva, destacando en el varón la secundaria a la hiperplasia benigna de próstata y en la mujer a los tumores ginecológicos.

¿Cómo se diagnostica?

Generalmente el diagnóstico se realiza tras una correcta anamnesis y exploración física. El paciente presentará en la forma aguda, un intenso deseo miccional, agitante y doloroso, ya que no será capaz de emitir orina, acompañado de una masa en el hipogastrio intensamente dolorosa conocida como "globo vesical", que corresponderá a la vejiga distendida cada vez más llena de orina.

En el caso de la retención urinaria crónica, a veces llegar al diagnóstico no es tan sencillo ya que no se suele presentar con un dolor intenso en el hipogástrico, si no más bien con un aumento de la frecuencia miccional debido al rebosamiento de orina en una vejiga incapaz de evacuar satisfactoriamente su contenido, necesitando una ecografía abdominal urgente para confirmar el diagnóstico, presentando en la mayor parte de las veces una vejiga con un alto residuo postmiccional y paredes engrosadas, acompañada en algunas ocasiones de la dilatación bilateral de la vía urinaria superior.

¿Cómo se trata?

Lo más importante es realizar un tratamiento urgente que alivie los síntomas mediante un sondaje vesical por vía uretral, y cuando no es técnicamente posible, mediante una cistotomía suprapúbica (que consiste en la punción de la vejiga por encima del pubis, colocando un tubo que drena la orina).

Entre las complicaciones que supone el drenaje vesical nos encontramos el sangrado, la falsa vía, la infección urinaria y otras secundarias a la evacuación de la orina como la hematuria ex vacuo (sangrado por la orina que surge tras un vaciado rápido y completo de la vejiga), la hipotensión (por la vasodilatación refleja que se produce tras el vaciado vesical) y la poliuria postobstructiva (por la producción aumentada de orina tras eliminar la obstrucción).

Posteriormente a la resolución del cuadro, y de forma ambulatoria, se procederá al estudio detallado del origen de la retención urinaria, solicitándose las pruebas oportunas y se realizará el tratamiento que corresponda (como el cambio de determinados fármacos o mediante el tratamiento quirúrgico en el caso de estenosis de uretra, de la hiperplasia benigna de próstata, de la fimosis o de la patología tumoral entre otros) para evitar que se repita esta situación y conseguir la retirada de la sonda vesical o talla suprapúbica.

La solución satisfactoria a la retención de orina en la población anciana no se puede conseguir en la totalidad de los pacientes, debido a que en ocasiones la labilidad que presenta esta población debido a las patologías acompañantes y la comorbilidad que puede producir una intervención quirúrgica, los avoca a que sean portadores de una sonda vesical o talla suprapúbica de manera permanente, con las subsiguientes complicaciones que ello conlleva.



Año nuevo, nuevos propósitos: Alimentación Saludable



Laura Reviejo Tallón
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00199

Empezamos otro año, nos sentamos delante de una hoja en blanco y pensamos durante unos minutos en todas aquellas metas que no hemos alcanzado en el 2015, y ahora es Enero; año nuevo, nuevos retos, nuevos propósitos. Tenemos 365 días por delante, para alcanzar los objetivos que en este mes de Enero nos propongamos.

Como cada año hacemos la lista de nuevos objetivos y como cada año, uno de ellos, es voy a cuidarme o bajar peso o a comer mejor. Lo más probable es que en Enero, después de los excesos navideños la meta inicial sea bajar esos kilos que "se han estado guardando a buen recaudo" durante las navidades o incluso desde antes (Febrero del año anterior). Y como estamos a principios de año tenemos las ganas y la energía necesaria para empezar. Hay que aprovechar este momento.

Dieta mediterránea

Lo primero que debes saber es que bajar peso es sinónimo de: cuidarse, comer sano, hacer deporte, cambiar tus hábitos, generar rutinas sanas.

Cuando quieres poner remedio a unos kilos demás o a una alimentación no adecuada, no puedes tener prisa, los resultados no son inmediatos, no existen milagros, no existe lo rápido sin esfuerzo. Pero, ya estás en el camino del cambio. Dirígete a la cocina, congela o desecha las sobras de las Navidades, las galletas de todo tipo, snacks y los precocinados, es decir, todos aquellos productos elaborados y

envasados y por supuesto las bebidas variadas. Vete al mercado, para hacer la compra, y llena tu despensa de alimentos típicos de la dieta mediterránea (frutas, verduras, carnes blancas, pescados, cereales integrales y no procesados, frutos secos en crudo, legumbres, aceite de oliva y huevos).

Con estos ingredientes naturales podrás elaborar en casa todo tipo de platos sanos y saludables. Con ellos tendrás comidas y cenas variadas y equilibradas, ten en cuenta que no puede faltar una ración de verduras u hortalizas, aliñadas con aceite de oliva y acompañadas de carnes, pescados, huevos o cereales integrales y para saciarte cógete una pieza de fruta o un yogurt natural.

Lo siguiente, es que pienses en una actividad que te guste, que puedas hacer de forma habitual, y en esa hoja de nuevos retos haz un horario de tus rutinas para poder encajarla. ¿Ya sabes que hacer?, ¿es tan complicado?.

Hábitos y deporte

La finalidad es que cambies tus hábitos, aprendas a llenar tu cocina con alimentos frescos, te propongas sacar un poco de tiempo para elaborar tus comidas y dediques 4 días a la semana a practicar deporte.

¿Es fácil?, no lo creo, ya que, cambiar una rutina no se hace en 3 días. Hay que ser constante, habrá días que no te apetezca salir a caminar, o que te resulte más sencillo descolgar el teléfono para esperar la cena sin moverte del sofá. Pero si consigues superar esos momentos, lo más probable es que, en Enero del próximo año, en tu lista de nuevos retos

no aparezcan las palabras "dieta, cuidarse, kilo", ya que, será un reto superado y habrás conseguido cambiar tus hábitos.

Es importante que en estas fechas no te dejes engañar por falsas promesas que venden metas rápidas sin esfuerzo, por falsos productos que prometen objetivos fáciles en dos días, por falsas rutinas que alegan que no hace falta esfuerzo para bajar peso.

No es cierto, cuidarse es un compromiso con uno mismo, bajar peso es un reto que si quieres puedes, aunque no sea sencillo. Un cambio no se consigue en dos días, pero es posible con una despensa llena de alimentos frescos y unas buenas zapatillas de deporte.

Enero del 2016 puede ser el momento en el cual decidas que una de las prioridades sea comer un poco mejor, beber más agua, cocinar más sano y hacer más ejercicio, no sólo te beneficiará a ti. Tu entorno puede acompañarte en este reto que cuesta pero merece la pena, ya que "somos lo que comemos".

En este camino no estás solo, existen profesionales titulados, muy bien formados y que pueden ayudarte en el cambio. Déjate guiar por Dietistas- Nutricionistas para que puedas alcanzar el objetivo que te has marcado, aportándote alternativas a tus menús, ayudándote a hacer la lista de la compra y enseñándote a cambiar tus rutinas, que al final es lo que permanecerá con el paso de los años.

Cambia hábitos, come sano, no hagas dietas locas de dos días, cómprate ropa de deporte y úsala, y déjate guiar por profesionales titulados. Y 2016 será el año en el que aprenderás a cuidarte.



El ejercicio físico debe ser valorado y supervisado por los profesionales de la salud

Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España



El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE), recomienda que, antes de iniciar cualquier tipo de actividad física, se realice una evaluación de la condición física y el estado de salud por parte de los profesionales sanitarios de referencia, con el objetivo de desarrollar el ejercicio con garantías y de forma adecuada.

Esto es especialmente importante en caso de padecer algún tipo de enfermedad como hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, osteoporosis, insuficiencia cardíaca, etc. En estas situaciones, son los fisioterapeutas, como profesionales expertos en movimiento, los que deben realizar una evaluación personalizada de los riesgos y beneficios de cada actividad en cada caso, con el objetivo de realizar una adaptación del ejercicio, seleccionando la modalidad e intensidad más apropiada.

Ejercicio y salud

La práctica de ejercicio regular contribuye al mantenimiento de una buena salud y a

prevenir enfermedades, aportando beneficios orgánicos y psicológicos. Los profesionales recomiendan realizar ejercicio físico a intensidad moderada entre 50 y 300 minutos cada semana, alternando ese trabajo con actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

El ejercicio es una excelente herramienta para el tratamiento del dolor, sin embargo, debe estar adecuadamente prescrito por parte de los profesionales de la salud para evitar lesiones.

Ejercicio supervisado por fisioterapeutas

El ejercicio físico debe ser supervisado para evitar las consecuencias de una mala técnica de ejecución, siguiendo las siguientes pautas:

- Ningún ejercicio debe generar molestia o dolor durante la realización.
- Debe realizarse un calentamiento apropiado, con participación de los grandes grupos musculares y con una intensidad creciente.
- Las sesiones de ejercicio deben alternar trabajo aeróbico con trabajo de fuerza, equilibrio y coordinación neuromuscular.

- Deben evitarse ejercicio en rangos extremos de movimiento, con alta carga o que impliquen el mantenimiento prolongado en una misma postura.
- Al finalizar, debe realizarse un enfriamiento basado en movimientos de baja amplitud y estiramientos sobre los principales grupos musculares trabajados.

En caso de aparecer molestias durante el ejercicio o posteriormente, es fundamental acudir al fisioterapeuta para que efectúe un diagnóstico precoz de la disfunción que provoca el dolor y para que realice las adaptaciones del ejercicio para poder seguir realizándolo con absoluta seguridad.

Es fundamental que dichas recomendaciones y evaluaciones sean realizadas por fisioterapeutas titulados y profesionales, evitando así malas prácticas que pueden conllevar consecuencias indeseadas para la salud. El fisioterapeuta es un profesional con titulación oficial y colegiado, con el amparo del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE).



La sexualidad en el paciente anciano

Dra. C. Rocío Sierra Labarta. Especialista en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra).

Dra. Cristina Soler González. Especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).

La sexualidad es un fenómeno sociocultural marcado por la calidad de las relaciones interpersonales, el contexto en que vivimos, y la influencia de las experiencias vividas.

En la sexualidad se contemplan 3 fines: la reproducción, la comunicación y el placer. Durante mucho tiempo la sexualidad se vinculó a la reproducción negándose el disfrute de la misma al anciano.

¿Cómo es la sexualidad en los ancianos?

Es importante evaluar el conocimiento que sobre sexualidad poseen los ancianos ya que su desconocimiento limita su capacidad de expresión y su libertad para comunicarse en este ámbito.

Muchas veces las manifestaciones sexuales de los ancianos son negadas, rechazadas o dificultadas por el resto de la sociedad, existiendo un gran desconocimiento sobre este tema y pensamos con frecuencia que los ancianos son sexualmente inactivos.

No existe una edad en la que el deseo y la necesidad sexual se acabe, pero en ocasiones los ancianos tienen culpabilidad o vergüenza por tener pensamientos sexuales.

¿Son frecuentes las relaciones sexuales en la vejez?

Las relaciones sexuales disminuyen con la edad tanto en hombres como en mujeres, siendo más marcada en las mujeres.

No obstante, pese a esta disminución de la

frecuencia, los ancianos son capaces de disfrutar de sus relaciones y sentir placer al igual que otras personas de otras edades, ya que los sentimientos, los deseos y la actividad sexual, están presentes en todo nuestro ciclo vital.

El envejecimiento no lleva por sí mismo el cese de la actividad sexual, si no que esto ocurre por los problemas médicos, psicológicos o sociales que interfieren con su sexualidad. Probablemente, cuando un anciano ha mantenido relaciones sexuales satisfactorias en su edad adulta, le afectarán menos los cambios asociados a su envejecimiento.

¿Qué cambios biológicos ocurren?

En el hombre la testosterona empieza a descender sobre los 50 años, presentando erecciones menos pronunciadas y más costosas. Se pierden las erecciones nocturnas involuntarias y la eyaculación se hace más retrasada y lenta.

En la mujer la vagina sufre cambios, se acorta, es menos elástica y la mucosa se vuelve más delgada y frágil, disminuyendo la capacidad de lubricación. Ello hace que las relaciones puedan ser más dolorosas, sangren, aumenten las infecciones vaginales, y sea más difícil llegar al orgasmo.

Por otra parte para algunas mujeres la llegada de la menopausia puede ser vivida como una liberación en el sentido de la imposibilidad de un embarazo no deseado, lo que ha veces les hace vivir una sexualidad más intensa.

¿Qué enfermedades pueden afectar a su sexualidad?

Las enfermedades cardiovasculares, neurológicas, respiratorias, urológicas, metabólicas, osteoarticulares y psiquiátricas, así como determinados fármacos pueden afectar en mayor o en menor medida a su sexualidad.

Por otra parte, las enfermedades de transmisión sexual en cuanto a sus mecanismos de transmisión y prevención, siguen el mismo curso que a cualquier otra edad.

¿He de disfrutar mi sexualidad si soy anciano?

La sexualidad en la vejez debe vivirse igual que a cualquier otra edad, con comprensión y aceptación, integrando los cambios que ocurren en nuestro cuerpo a la actividad sexual de una forma positiva.

Así mismo la sociedad debe eliminar tabúes y debe dejar de pensar en los ancianos, como esos mayores que van a ver las obras, hacen punto, o cuentan batallitas de antaño, y empezar a verles como personas con interés sexual que tienen deseos y sufren al igual que los demás.

A esta edad la calidad de la relación está por encima de la frecuencia, siendo importante intentar una relación sexual coital satisfactoria, para lo que los médicos debemos ayudarles con sus tratamientos, generando una confianza que les permita hablar libremente de su sexualidad sin ser juzgados.

El estigma de la depresión

Javier Perfecto Ejarque

Médico de Familia. Centro de Salud Arrabal de Zaragoza

La tragedia que vivimos a principios de 2015 como consecuencia del infortunado vuelo del avión alemán en el que perdieron la vida la totalidad de los ocupantes ha despertado, a mi modo de ver, un desproporcionado sentimiento de alarma que para nada está justificado. Lo ocurrido nos hace pensar que no fue un accidente ni un acto terrorista lo que provocó la muerte de tantas personas. Tampoco un suicidio del copiloto del que se ha dicho de casi todo en medios de comunicación social e incluso profesionales.

De todos es sabido que la depresión es una enfermedad psiquiátrica muy frecuente y que se detecta no sólo en las consultas de psiquiatría sino también en las de los médicos de familia y de otras especialidades.

En mi ya dilatada vida profesional como médico de atención primaria he atendido a centenares de enfermos depresivos y nunca me he encontrado con un caso como el que nos ocupa.

No hay paciente con depresión que quiera hacer daño a un semejante ni que sea capaz de acudir a su trabajo habitual uniformado y entrar en la cabina de un avión como copiloto ni siquiera como pasajero. El enfermo depresivo en su grado extremo, lo que desea es desaparecer para dejar de molestar a los demás. Así que mal que les pese a muchos en este caso no estamos ante un enfermo depresivo aunque sí frente al de un paciente con un trastorno grave psiquiátrico que podría corresponder a un trastorno de la personalidad, un trastorno adaptativo, una personalidad neurótica grave, un trastorno psicótico u otra grave enfermedad psiquiátrica.

La persona con una enfermedad depresiva

severa tiene un elevado riesgo de suicidio cuando no es atendido correctamente, y aún cuando lo es, la mayor probabilidad existe cuando ha iniciado el tratamiento y comienza a mejorar, lo que no suele ocurrir hasta pasadas varias semanas. El depresivo, al principio no es capaz de tomar casi ninguna decisión e incluso puede necesitar ayuda para tomar los fármacos prescritos. La anhedonia, el aislamiento y la falta de interés por casi todo en las primeras fases, dominan la vida de estas personas llegando incluso a no moverse de la cama.

La eficacia de los tratamientos médicos actuales ha mejorado mucho el pronóstico de estos enfermos sobre todo cuando son diagnosticados precozmente y éstos no sólo se basan en los fármacos sino también en la suma de la atención psicológica, el cuidado de familiares y amigos y la empatía con los profesionales que intervienen. Hay que advertir que a pesar de los avances médicos son frecuentes las recaídas y éstas requieren tratamientos similares o más potentes.

La estigmatización

Volviendo al caso que nos referimos resulta altamente improbable que el copiloto alemán fuese tan sólo un enfermo depresivo. Si lo fue está claro que en la actualidad se había asociado otro grave trastorno psicopatológico.

¿Son los enfermos psiquiátricos unos delincuentes? Totalmente en desacuerdo.

¿Hay que recluirlos en instituciones penitenciarias? Yo creo que en la gran mayoría de casos no. **¿Es necesario ingresarlos en manicomios?** En escasas ocasiones. **¿Hay que apartarlos de su medio laboral?** La mayoría de veces sí en los periodos agudos de enfermedad.

Entrando en el terreno de la estigmatiza-

ción, que es lo que me ha movido a escribir este artículo, tenemos que pensar en la gran cantidad de procesos patológicos que han sembrado la historia de la humanidad, desde la peste en la Edad Media a la tuberculosis, la lepra, la sífilis y el SIDA en el siglo pasado y por supuesto las enfermedades mentales casi siempre. Algunos de estos estigmas han sido superados pero queda mucho trabajo por hacer.

Dudo de que un piloto y que cualquier persona mínimamente normal, tenga que consultar Internet para aprender a suicidarse ya que esto es del dominio común. Dudo que un piloto de avión experimentado tenga necesidad de averiguar cómo se bloquea o desbloquea la puerta de una cabina de pilotaje.

No podemos estigmatizar, como se está haciendo, a los enfermos depresivos y a cualquier otro enfermo mental y pensar que pueden ser unos delincuentes.

¿Qué pensarán las familias de estas personas cuando lean las noticias que nos vienen brindando desde hace días los medios de comunicación?

Los enfermos depresivos no son una "bomba de relojería" para nadie, en todo caso sólo para ellos mismos. **¿Qué intereses puede haber en todo esto?** Quizá las multinacionales de farmacia estén interesadas en fomentar la existencia y la medicalización de todas las enfermedades, ya sabemos que con demasiada frecuencia se "inventan" enfermedades para dar salida a fármacos.

De cualquier manera echo en falta voces críticas profesionales que denuncien estas tropelías informen sabiamente a la población y "rompan una lanza" a favor de nuestros enfermos depresivos que bastante sufrimiento llevan como para encima cargarlos con un "muerto" que no les corresponde.

Tortícolis en el recién nacido

*Cristina María Pueyo Ruiz. FEA del Servicio de Rehabilitación del HCU Lozano Blesa de Zaragoza
César García Gutiérrez. FEA de Traumatología MAZ*

La tortícolis muscular congénita es una de las patologías más frecuentes de consulta en rehabilitación infantil. Consiste en una actitud de inclinación y giro del cuello del recién nacido, a consecuencia del acortamiento del músculo esternocleidomastoideo situado en el lateral del cuello, encargado de girar e inclinar el cuello.

Cuando el niño tiene acortado el esternocleidomastoideo del lado derecho, la cabeza está inclinada hacia el lado derecho y el cuello girado mirando al lado izquierdo; esto es lo que llamamos tortícolis derecha. En la tortícolis muscular izquierda ocurre el fenómeno contrario.

La tortícolis se relaciona con la posición del bebé en el vientre materno o por un hematoma dentro del músculo esternocleidomastoideo tras un parto difícil. Se objetiva porque el niño tiene la cabeza en una posición inclinada siempre hacia un lado y girada hacia el lado contrario. En las ocasiones que existe hematoma, se puede palpar un bultito, como un hueso de oliva, en el espesor del músculo.

Si se sospecha que el bebé presenta tortícolis conviene que sea explorado por un médico para valorar si es solo una actitud postural y se corrige completamente de manera pasiva, o si existe una verdadera limitación de la movilidad del cuello, que podría deberse a la existencia de una lesión estructural cervical. Además debe realizar una exploración de la

cadera del recién nacido, ya que en ocasiones, la tortícolis muscular congénita puede asociarse a una luxación congénita de cadera. En más del 90% de los casos, es una alteración de pronóstico favorable que evoluciona hacia la corrección completa, especialmente cuando la deformidad se descubre en el recién nacido o en los primeros meses de vida y se aplican las medidas adecuadas.

Normas posturales

Para el manejo de la tortícolis es muy importante que los padres y cuidadores se muestren colaboradores y disciplinados en la aplicación de unas sencillas normas posturales en relación al posicionamiento diario del bebé. Las medidas más comúnmente aplicadas consisten en:

- Respecto a la situación en la cuna, el niño debe recibir los estímulos siempre en el sentido de la corrección de la deformidad; a modo de ejemplo, si la cuna del niño está en la misma habitación que sus padres y el niño presenta una tendencia a girar el cuello hacia la derecha, conviene colocar la cama de los padres a la izquierda.
- Procurar que los juguetes, estímulos verbales o visuales, en la cuna, carrito, hamaca,... se le presenten al niño en el sentido correctivo.
- A la hora de llevarlo en brazos incorporado sobre el pecho u hombro, colocar al niño con la cabeza girada en el sentido contrario a la desviación e intentar mantenerlo con nuestro mentón.

- Al cogerlo de medio lado apoyando su cabeza en nuestro brazo, hacerlo hacia el lado del músculo acortado y así con nuestro brazo forzamos la separación entre su oreja y su hombro, favoreceremos el estiramiento del músculo y corregimos la inclinación.
- Si se le da biberón, colocárselo de tal manera que intente alcanzarlo girando el cuello hacia el lado al que habitualmente no gira.

Tratamiento quirúrgico

La mayor parte de las veces las normas posturales son suficientes para la corrección de la tortícolis, pero pueden complementarse con ejercicios de posicionamiento y estiramiento del cuello realizados por un fisioterapeuta, y que pueden enseñarse a los padres o cuidadores.

Ocasionalmente, si la corrección no se produce con las medidas anteriores, puede llegar a producirse una asimetría facial y craneal, que se denomina plagiocefalia, pudiendo ser necesario la utilización de un casco corrector; e incluso los niños que a los 18-24 meses de edad no han respondido satisfactoriamente al tratamiento o han sido diagnosticados tardíamente, pueden necesitar tratamiento quirúrgico para realizar un alargamiento del músculo esternocleidomastoideo.

Por todo ello es aconsejable cambiar regularmente al niño de posición evitando posturas mantenidas que perpetúen la tortícolis.

El 54% de las mujeres se sienten inseguras con su aspecto durante la menopausia

Dra. María José Alonso y Dra. Cristina Serrano.

Dermatólogas. Miembros de la AEDV (Academia Española de Dermatología y Venereología).

A cualquier edad, la piel en la mujer es más fina que en el hombre (0,5-3 mm, mientras que la masculina es un 25% más gruesa). Con el paso del tiempo envejece y sus funciones (defendernos de gérmenes y radiación solar, regular la temperatura corporal, almacenar sustancias, etc.) se alteran. Los primeros signos de envejecimiento pueden aparecer en diferentes momentos, en función de la herencia genética y el estilo de vida. Pero en general, a partir de los 50, la piel se muestra más seca, fina, flácida y áspera, con arrugas y cambios de pigmentación, dilataciones vasculares, dificultad de cicatrización o crecimiento de diversas formaciones benignas (queratosis, hiperpigmentaciones...). La hidratación cutánea disminuye, por efecto fisiológico o por culpa del sol.

Disminuye la capacidad de reparación de los tejidos, aumenta la laxitud cutánea, sobre todo en aquellas mujeres que no siguen un tratamiento hormonal sustitutivo y quienes reciben gran cantidad de radiación ultravioleta a lo largo de su vida. Al haber menos colágeno, la piel es menos elástica: el 5% de aquel se pierde durante los primeros 5 años. Aminora la elasticidad y aparece la flacidez, sobre todo en el rostro, brazos y muslos.

Los estrógenos controlan el funcionamiento de los melanocitos, células encargadas del tono cutáneo: su número disminuye, perdiendo el control sobre la melanina y provocando la aparición de manchas de la edad y lentigos. La piel de las palmas de las manos y plantas de los pies se hace más gruesa y con tendencia a las grietas, sobre todo si hay exceso de peso.

A nivel íntimo

La piel de la zona genital es también sensible a los cambios hormonales, ya que es donde se encuentran la mayor cantidad de receptores estrogénicos. Aparece la atrofia vulvovaginal, que puede desaparecer con tratamiento hormonal sustitutivo y cambiando los jabones agresivos por otros lubricantes.

Grasa corporal

Los estrógenos estimulan los depósitos de grasa en el cuerpo femenino, y durante el climaterio estos se redistribuyen, disminuyendo la grasa en zonas como el rostro, piernas, brazos y mamas, y aumentando a nivel abdominal, de nalgas y muslos.

En el hombre: Andropausia

Las hormonas producidas por los testículos también disminuyen al envejecer. La andropausia (para algunos expertos el término no es correcto, y hay que hablar del Síndrome de Déficit Androgénico) no le sucede a todos los

hombres y aparece muchas veces de forma repentina y diferente a la menopausia femenina, pudiendo aparecer desde los 40 años. Al disminuir la producción de testosterona, en la piel aparecen arrugas y flacidez y el vello corporal disminuye; en cuanto a la calvicie, está determinada genéticamente y puede aparecer a edades muy tempranas.

¿Qué ocurre con el cabello?

El ciclo del pelo se reduce y se vuelve más lento, haciendo la fase de anagen o crecimiento más corta, por lo que el pelo cada vez es más delgado y corto, dando lugar a un cierto grado de alopecia. Al igual que ocurre en la piel, también se vuelve más seco. Además, por el desequilibrio estrógenos-andrógenos (a favor de los segundos) que se produce en la menopausia, puede aparecer pelo nuevo en la zona de la barba y bigote. El vello axilar y pubiano disminuye pudiendo llegar a menos del 50% de la densidad total.

Cuando el desajuste hormonal es mayor, con niveles de andrógenos elevados o antecedentes familiares de calvicie es posible encontrar una alopecia androgenética femenina (FAGA). No es exclusiva de la menopausia y puede empezar a cualquier edad a partir de la pubertad. Al ser una caída continua y progresiva, lo más importante es un diagnóstico precoz para instaurar un tratamiento con minoxidil tópico y un antiandrógeno sistémico, generalmente. Otro tipo de caída más frecuente en este



periodo es la alopecia frontal fibrosante (AFF). Se caracteriza por un retroceso de la línea de implantación de forma progresiva y que en ocasiones puede asociarse a pérdida de cejas y vello corporal. Igualmente un diagnóstico precoz es útil para instaurar tratamiento y frenar la progresión.

¿Podemos prevenir estos problemas?

El tratamiento hormonal sustitutivo puede mejorar algunas de las propiedades mecánicas de la piel y puede ralentizar el proceso de envejecimiento intrínseco, aunque no tiene influencia sobre las otras formas de envejecimiento, como el provocado por el sol o el medioambiente (contaminación, tabaco, etc).

¿Qué tratamientos son los más adecuados para la piel?

En casa: Resulta fundamental seguir los siguientes gestos:

- Una correcta higiene. La primera debe hacerse con jabones líquidos no irritantes que mantengan el pH alcalino (entre 4 y 6), para no alterar la barrera hidrolipídica. Actualmente se utilizan emulsiones que dejan una ligera película oclusiva sobre la superficie. Después, conviene secar sin fricción.
- Productos antioxidantes. Los tratamientos cosméticos deben contener antioxidantes, como la Vitamina C, E, o ácido ferúlico y retinoides durante la noche.

- Hidratación por dentro y por fuera. Es conveniente ingerir diariamente al menos un litro de agua, y hay que utilizar un cosmético hidratante tras el baño, insistiendo en brazos y piernas. Los preparados que incrementan la hidratación de rostro y cuerpo poseen una composición de lípidos y agua que deja una película oclusiva sobre la superficie.

- Protección ante la radiación solar. A pesar del efecto beneficioso del sol en dosis controladas, su exceso causa la mayoría de los signos cutáneos de envejecimiento. Hay que moderar la exposición sobre todo al medio día, utilizar fotoprotectores de amplio espectro adecuados a nuestra piel y tipo de actividad y escoger las prendas de vestir precisas.

- Alimentación equilibrada: Rica en proteínas, antioxidantes y pobre en un exceso de carbohidratos. Es esencial evitar el sobrepeso y limitar el alcohol y el tabaco.

- Gestos cotidianos: Dejar a un lado prendas ásperas, cambios bruscos de temperatura y estrés.

En consulta: Una vez instaladas, las lesiones de envejecimiento pueden mejorar con un tratamiento dermatológico o quirúrgico adecuado. La aplicación de peelings químicos, las inyecciones de Ácido Hialurónico o los implantes faciales, la toxina botulínica, la criocirugía, la cirugía estética (lifting, liposculptura, perfiloplastia o cirugía del perfil) y el láser ofrecen resultados excelentes.

¿Y para combatir la calvicie?

En ambas alopecias mencionadas (FAGA y AFF), cuando ya están muy evolucionadas, el tratamiento médico puede ser insuficiente. En estos casos recomendamos el trasplante capilar; se trata de una técnica mínimamente invasiva que permite dar densidad de forma rápida y segura. Tanto con la técnica clásica de la tira como con el trasplante de microinjertos foliculares (técnica FUT y técnica FUE) se consiguen buenos resultados.

De actualidad son las terapias celulares, y en concreto el plasma rico en plaquetas (PRP) que se ha utilizado con resultados esperanzadores en la alopecia androgenética, difusa, areata, etc. El plasma es una parte de la sangre que al ser centrifugada acumula gran cantidad de plaquetas muy ricas en factores de crecimiento (la sesión se recomienda repetirla al mes y a los tres meses). Sin embargo, a pesar de los buenos resultados, no existen estudios amplios comparativos.

Los tratamientos con láser, luz pulsada, luz azul o cepillos eléctricos son con frecuencia un reclamo publicitario a menudo engañoso. En cuanto a la cosmética, los champús, geles, mascarillas, etc. no van a modificar el crecimiento del cabello pero ofrecen al tallo piloso (a la parte visible) una conservación de su estructura haciendo el cabello más brillante y bonito.



Tumor testicular

*Marcela Soledad Castillo Jerez, Ramiro García Ruiz, Arlanza Tejero Sánchez, María Jesús Gil Sanz
Sº Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

El cáncer testicular es un tumor poco frecuente, que se presenta aproximadamente en 3 de cada 100.000 varones. Representa el 1-1.5% de los tumores presentes en el sexo masculino, siendo su máxima frecuencia a los 30 -40 años.

Sus factores de riesgo son la criptorquidia (el no descenso del testículo desde la cavidad abdominal a la bolsa escrotal), incluso si se ha realizado una cirugía para corregir este defecto, antecedentes de padres o hermanos con tumor de testículo e infertilidad, entre otros. Es una enfermedad que habitualmente aparece como una masa indolora. También se puede presentar como un aumento o disminución del tamaño del testículo. Más difícilmente puede debutar con sensación de pesadez o dolor de testículo, dolor de espalda, de ingle, baja de peso y aumento del tamaño mamario.

Autoexploración

Para realizar una adecuada autoexploración se debe comprimir el testículo y enrollarlo suavemente entre los dedos índice y pulgar, intentando palpar en busca de cualquier bulto en la superficie. Asimismo, se debe observar si el testículo ha experimentado algún cambio de tamaño o dureza, comparándolo con el autoexamen anterior. Si se nota algún bulto, hinchazón o llaga, no quiere decir que tenga

un cáncer de testículo; pero sí que debe consultar a su especialista para conocer la razón de esta circunstancia.

Para completar el estudio debe realizarse una ecografía escrotal como opción de primera línea, una RNM escrotal en caso de duda diagnóstica y una analítica de sangre que incluya marcadores tumorales, que son proteínas sintetizadas por las células tumorales, como la alfa feto proteína, la hCG, LDH y PLAP que nos servirán tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de la enfermedad y monitorización de su tratamiento. La ausencia de niveles elevados de estas, no excluye la presencia de tumor.

Para estudiar si existe tumor fuera del testículo, deberá realizarse una radiografía de tórax y un TAC abdomino-pélvico y en algunos casos, deberá completarse el estudio con TAC cerebral.

Clasificación

El 90% de los tumores de testículo corresponden a tumores de células germinales (células que producen los espermatozoides), los cuales a su vez se pueden dividir en:

- **Seminomas**, corresponden al 40%, afectan a hombres entre 40 y 49 años, están formados por células de crecimiento lento, por lo que al diagnóstico la mayoría se encuentra confinada en el testículo. Expresan en un

50% el marcador hCG y nunca expresan alfa feto proteína, a diferencia de los tumores no seminomatosos

- **No seminomas**, afectan a varones entre 30 y 39 años, están formados por células de crecimiento más rápido y a su vez se subdividen en:

- Carcinoma embrionario: es el tipo más común
- Coriocarcinoma: es el tipo más agresivo
- Teratoma
- Tumor del saco vitelino
- Tecoma/Fibroma

Tratamiento

El tratamiento va a depender de la extensión tumoral (tumor confinado sólo al testículo, ganglios, o a órganos distantes, como al pulmón, hígado y huesos, entre otros).

En todos los casos se realiza la extracción del testículo afectado por el tumor a través de una incisión en la ingle, procedimiento llamado orquiectomía inguinal radical, con posterior colocación de una prótesis (para fines estéticos) si el paciente así lo solicita.

La muestra se envía a anatomía patológica, con lo cual se confirmará el diagnóstico y se clasificará el tumor (seminoma, no seminoma, otros tipos).

- **En caso de seminoma confinado al testículo**, posterior a la orquiectomía, hay varias opciones de tratamiento:



Vigilancia: Recomendada sólo para aquellos pacientes de bajo riesgo (es decir aquellos en los cuales el tumor no invada vasos sanguíneos ni linfáticos) y en aquellos que puedan realizarse un seguimiento estricto. La vigilancia consiste en examen físico, analíticas de sangre que incluya marcadores tumorales y rx tórax.

En estos pacientes, aproximadamente el 15-20% presentará recidiva del tumor, que puede ser tratada con quimio o radioterapia de rescate.

Quimioterapia: Indicada si no es un paciente de bajo riesgo o no puede seguir una vigilancia estricta. Se reducen las recidivas tumorales al 1-3% con 2 ciclos de carboplatino.

Radioterapia: Debido a que las células semi-

nomatosas son muy susceptibles a la radiación, se pueden utilizar dosis bajas de esta, en general por aproximadamente 10 a 15 tratamientos (suministrados durante 2 a 3 semanas) a nivel de los ganglios linfáticos paraaórticos (en la parte trasera del abdomen)

- En el caso de los **tumores no seminomatosos confinados al testículo**, posterior a la orquiectomía, también existen varias opciones.

Vigilancia: Indicada asimismo en pacientes de bajo riesgo y candidatos a seguimiento estricto. Posterior a la orquiectomía, sin otro tratamiento complementario se presenta recidiva tumoral en aproximadamente 30% de los pacientes, la que puede ser tratada con 2 ciclos de quimioterapia de rescate. Si a pesar de ello se produce recidiva tumoral, se pueden realizar 3 a 4 ciclos más, y si a pesar de ello, se produce una nueva recidiva, se opta por linfadenectomía retroperitoneal.

Quimioterapia: Indicada si no cumple criterios de bajo riesgo, si no se puede realizar un seguimiento estricto o si el paciente no quiere arriesgarse a la vigilancia. Se indican 2 ciclos de bleomicina, etopósido y cisplatino y si hay recidiva con este tratamiento, se realiza 3 a 4 ciclos de quimioterapia, y linfadenectomía retroperitoneal si existe recidiva a pesar de la quimioterapia.

Linfadenectomía retroperitoneal: Es una alternativa a la quimioterapia. El riesgo de recidiva con esta cirugía es del 7% aproxi-

madamente, mayor que con la quimioterapia. Tiene las desventajas de una cirugía mayor con sus posibles complicaciones, incluyendo la posibilidad de la pérdida de la capacidad para eyacular normalmente. Después de la disección del ganglio linfático retroperitoneal, si se encuentra cáncer en los ganglios, se deben realizar 2 ciclos de quimioterapia.

- En el caso de que el **tumor testicular esté extendido más allá del testículo** (ganglios, metástasis a distancia) hay que valorar, después de la orquiectomía, la necesidad de quimioterapia sistémica con o sin cirugía de rescate posterior, radioterapia o linfadenectomía retroperitoneal, dependiendo de la extensión e histología del tumor.

Seguimiento

Seminoma: Exámen físico y marcadores tumorales cada 4 meses los dos primeros años, cada 6 meses el 3º y 4º año, y anualmente a partir de entonces

Rx tórax y TAC abdomen y pelvis cada 6 meses los 2 primeros años, y anualmente a partir de entonces.

No Seminoma: Exámen físico y marcadores tumorales cada 3 meses los 2 primeros años, cada 6 meses el 3º y 4º año y anualmente a partir de entonces

Rx tórax y TAC abdomen y pelvis cada 6 meses los 2 primeros años, y anualmente a partir de entonces.

medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN

Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/ y envíenos su correo electrónico



Atención temprana oportuna: Una medicina al alcance de todos

*Delia Royo Pérez. Pediatra Hospital Miguel Servet y vicepresidenta de la Asociación La Mirada de Lluna
Laura Pueyo Pardo. Terapeuta ocupacional y presidente de la Asociación La Mirada de Lluna*

Los avances en medicina perinatal han disminuido el índice de mortalidad, pero como consecuencia ha aumentado el número de niños con riesgo de presentar problemas en su desarrollo. Estos pequeños, junto con sus familias, precisan un seguimiento en consultas especializadas donde se pueda realizar una detección precoz de sus alteraciones con el fin de instaurar medidas preventivas y terapéuticas que permitan el máximo de sus competencias, siempre en estrecha colaboración con los pediatras de atención primaria y con las unidades de atención temprana.

La Atención Temprana, según el Libro Blanco de la Atención Temprana, es "el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos".

Los objetivos de la Atención Temprana son:

- Intentar reducir en lo posible los efectos de una deficiencia sobre el conjunto global del desarrollo del niño: una acción preventiva iniciada en el ámbito hospitalario y continuada en el ámbito familiar, educativo y social.

- Una vez establecido el daño, se pretende optimizar el curso del desarrollo del niño, mediante el enriquecimiento del medio en el que se desarrolla con los estímulos adecuados, de la forma más natural posible.

- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas, mediante campañas de sensibilización.

- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño. Ofrecer a los padres la información y apoyo necesarios para adaptarse a la situación y mantener una adecuada relación con el niño, vigilando y corrigiendo los problemas de interacción que puedan surgir.

- Considerar al niño no sólo objeto de tratamiento sino sujeto activo de la intervención, como un ser cuya interacción con el ambiente va a determinar el grado de desarrollo personal.

¿Quién identifica los trastornos?

En los Centros Base del IASS (Instituto Aragonés de Asuntos Sociales) se identifica los problemas o retraso en el desarrollo de los niños y se inicia el tratamiento lo más precoz posible.

¿Cómo es el proceso de derivación?

- **Origen.** La derivación de un niño a la atención temprana suele tener tres orígenes:

- Desde la Unidad Neonatal: es la más frecuente ya que muchos centros realizan dicha

derivación desde el momento del alta según protocolos establecidos.

- Desde Atención Primaria: desempeñan un papel de gran importancia en aquellas situaciones de movilidad regional o para la detección de aquellos neonatos de riesgo neurosensorial que no llevan a cabo un programa de seguimiento estructurado en determinados ámbitos hospitalarios.

- Entre los diversos servicios de la atención temprana: en el momento en el que se plantea la escolarización del paciente que está recibiendo tratamiento en el CDIAT, éste debe ser remitido al EAT para que se valoren adecuadamente las necesidades educativas del niño y se oriente a la familia con la escolarización. Del mismo modo, los EAT pueden detectar alteraciones durante la evaluación reglada, y por tanto, realizar una derivación a los CDIAT.

- **El proceso de derivación.** El niño se cita en el CDIAT o EAT que se considera oportuno. Es importante intentar que la demora para ello no sea superior a un mes.

En la primera visita un equipo interdisciplinar valora al niño y, en aquellos casos que lo precise, emite un dictamen de necesidad de Atención Temprana y diseña un programa de atención individualizada para el niño y su familia.

- **Intervención terapéutica.** Si tras la valoración se decidiera su necesidad, se iniciaría a continuación la intervención terapéutica,



individualizada y global, dirigida al niño, su familia y su entorno.

● **Reevaluación.** Se realizan reevaluaciones periódicas, con los siguientes objetivos:

- Reorientar la intervención si es preciso.
- Actualizar y readaptar la información a los padres.
- Emitir informes periódicos para las Unidades de Seguimiento Multidisciplinario, los Médicos de Atención Peditra y los Centros Educativos, en su caso.

¿Cuál es la realidad actual?

Los fundamentos de la Atención Temprana son la gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades. La atención temprana debe estar al alcance de todo el que la necesite. Sin embargo, en el caso de la prematuridad el elevado coste de la intervención para evitar las secuelas (calculada en 50.000 \$ por niño) puede representar una barrera para la mayoría de las familias. En nuestro país la atención temprana solo es gratuita y universal en el caso de los Equipos de Atención Temprana (EAT), los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) son concertados (habitualmente con escasas plazas disponibles) o privados, por lo que la población de mayor riesgo neurológico puede no tener acceso a los diversos tratamientos por motivos económicos. Los EAT son equipos de orientación educativa, multidisciplinarios, compuestos por profesorado de orientación (psicólogos, psicopedagogos, pedagogos, etc.), maestros especialistas (profesores de pedagogía terapéutica, audición y lenguaje en atención temprana), y trabajadores sociales, dependientes habitualmente de las Consejerías de Educación de las Comunidades Autónomas.

Los CDIAT son servicios formados por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar y transdisciplinar que realizan un conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0- 6 años, a la familia y al entorno. Dependen de las instituciones sanitarias y/o de bienestar social. Algunos de estos Centros tienen conciertos con las adminis-

traciones públicas ofreciendo un número limitado de plazas concertadas. Las intervenciones que realiza son las siguientes:

- Fisioterapia.
- Logopedia.
- Terapia ocupacional/ Integración Sensorial.
- Psicomotricidad.
- Estimulación Cognitiva.
- Neuropsicología.
- Psicoterapia.
- Grupo de padres.
- Escuela de Padres

Problemas en el proceso de derivación

Así mismo se han observado diversos problemas dentro del proceso de derivación, los principales son:

- Dificultad de acceso de padres a los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana y los Equipos de atención temprana, debido a problemas por la sectorialización de la asistencia, con asimetrías manifiestas en la accesibilidad y disponibilidad de recursos según las zonas, problemas de conciliación laboral, graves en casos de niños que precisan frecuentes visitas a centros sanitarios, problemas por falta de recursos, problemas derivados de las características educativas, culturales y psicosociales de la familia, problemas por falta de información sobre cómo llegar a esos equipos de atención temprana o Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.
- Dificultad de acceso a las plazas concertadas en el caso de los CDIAT.
- Respuesta tardía de los CDIAT y los EAT por exceso de burocratización y/o sobrecarga de trabajo, más ahora con los recortes realizados.

¿Es mejor prevenir o esperar y tratar?

El trabajo con niños que tiene riesgo de de-

sarrollar problemas cobra más sentido si se realiza teniendo en cuenta la plasticidad cerebral, siendo vital intervenir en los primeros 7 meses de vida, realizando un diagnóstico oportuno para prevenir desde la alteración y no rehabilitar desde la patología.

De hecho una revisión sistemática ha concluido que el beneficio de la Atención Temprana es mayor cuando dicha intervención se inicia en el hospital, trabajando todo el equipo de profesionales de forma multidisciplinar, centrados en la figura de la familia para dar unas pautas antes del alta y ayudarles a establecer un vínculo con su hijo/a.

Atención temprana basada en la familia

De lo anterior se deriva que la intervención temprana recae, no únicamente sobre el niño, sino desde el acompañamiento a la familia y en relación a su entorno. Debido a que la familia es el medio en el que se desarrolla el aprendizaje, las características propias de los padres interrelacionan con las del niño. Es importante analizar factores de distorsión que los padres pueden introducir como consecuencia de angustia, escasa autoconfianza y falta de recursos.

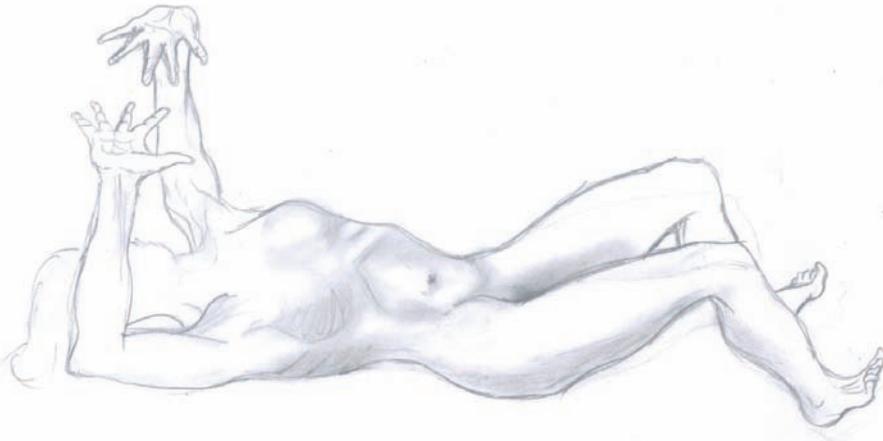
No sólo es importante el apoyo psicológico que se inicie desde el ingreso hospitalario para reducir la ansiedad, sino realizar una actividad educativa e informativa que se pueda aplicar a cada situación en particular, así mismo es fundamental el apoyo social que garantice el acceso a los recursos necesarios.



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

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

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



Tenemos soluciones para la incontinencia urinaria.

Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico

Amparo Santamaría Torroba. Médico Rehabilitador IASS. Centro de Atención temprana. Zaragoza
Daime Pérez Feito. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN. Navarra

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de manera objetiva y que puede llegar a constituir un problema social o higiénico. Representa un problema de salud muy importante, tanto para la persona que la padece como para el núcleo familiar y/o sus cuidadores. Entre un 20 y un 50% de los individuos la padecerá.

El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico contribuye de manera relevante en su tratamiento.

¿Qué músculos forman parte del periné?

Músculos del periné

Plano profundo: M Elevador del ano y cocigeo.

Plano medio o urogenital: Transverso profundo del periné y esfínter de la uretra.

Plano superficial: Esfínter externo del ano, Transverso superficial, Isquiocavernoso y Bulboesponjoso. (Ver Figura 1)

Figura 1



¿Qué plan de ejercicios podemos hacer?

Ejercicios de los músculos pélvicos: Se basa en los principios de entrenamiento de la fuerza. Son programa de contracciones musculares voluntarias y repetidas del suelo pélvico, enseñado y supervisado por un profesional de la asistencia sanitaria.

Tiene como objetivos:

- Mejorar el apoyo de los órganos que se encuentran en la pelvis.
- Aumentar la presión dentro de la uretra (conducto que lleva la orina desde la vejiga al exterior) durante el esfuerzo.
- Requiere motivación y una instrucción cuidadosa.

Entrenamiento muscular del suelo pélvico

● **Ejercicios de Kegel:** Arnold Kegel en 1940 desarrolló estos ejercicios como método para controlar la IU en sus pacientes.

- Requiere que se sepa hacer contracciones de los músculos correctamente.
- Ejercicios de resistencia progresiva (ir aumentando lo que aguantamos poco a poco).
- Mejoran la continencia entre la 6^o-12^o semana.
- Beneficio continuado hasta los 6 meses.

Debemos aprender a localizar los músculos del suelo pélvico, para ello se indica hacer como si aguantara el chorro de orina, sin contraer los músculos del abdomen, cadera.

Solamente debe hacerse para identificar los músculos y no como ejercicio cuando se ha comenzado a orinar ("stop pipi o cortar chorro")



porque se podría producir alteración en el reflejo normal de la micción.

Ejercicios de Kegel (el lento, el rápido, el ascensor, la onda). Los nombres nos ayudarán a facilitar su aprendizaje:

1. "El lento". Contrae los músculos de la pelvis como si quisieras detener la orina.

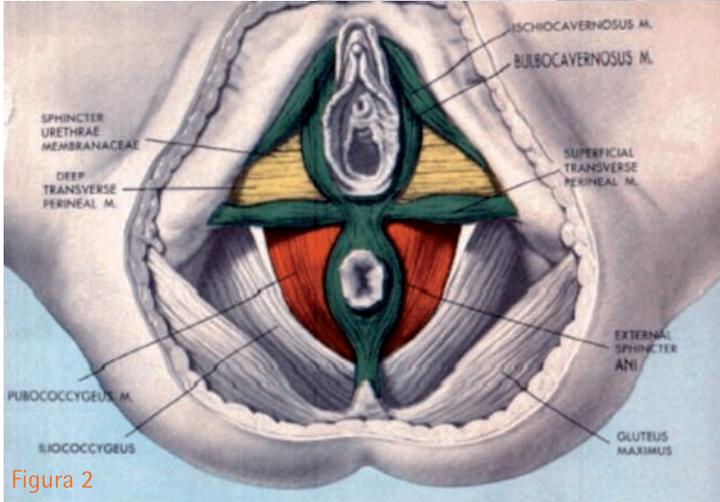


Figura 2

Aguantas la contracción durante 5 segundos y relájalos otros 5 segundos. Repite la serie 10 veces.

2. El rápido. Contraer y relajar el músculo pubococcígeo (su contracción se percibe al sentir presión sobre un dedo introducido en la vagina) tan rápido como puedas hasta que te canses o hasta que transcurran 2 ó 3 minutos. Haz 3 repeticiones, 4 veces al día y aumentando hasta llegar a 50 repeticiones diarias.

3. "El ascensor". Más complicado. Requiere entrenamiento y concentración. La vagina es un tubo muscular compuesto de anillos uno sobre otro, el ejercicio consiste en contraer 1 anillo a la vez e ir subiendo hasta alcanzar el último anillo (no más de 5).

De regreso, también baja del quinto anillo hacia el primero deteniéndote 1 segundo en cada uno.

Cuando bajes al último haz un pequeño empujoncito hacia afuera (como durante el parto) y finalmente relaja toda la musculatura durante unos segundos.

No olvides respirar correctamente y de no hacer el ejercicio con los músculos abdominales

4. "La onda". El último de los ejercicios Kegel requiere un poco más de concentración. Debes saber que algunos músculos del suelo pélvico tienen la forma de un 8, pero con 3 anillos: uno a la par de la uretra, otro alrededor de la vagina y otro alrededor del ano. Para este ejercicio debes contraer estos músculos de adelante hacia atrás y luego relajarlos de adelante hacia atrás. (Ver Figura 2) Existen estudios en los que realizando 3 series de 8-12 contracciones a velocidad lenta, mantenida 6-8 segundos, realizadas 3-4 veces por semana continuando al menos 15-20

semanas aparecen mejoría en al menos 1 episodio de incontinencia menos por día.

empezamos a meter la tripa hacia dentro como subirla entre las costillas al mismo tiempo que intentamos sacar los brazos del hombro y crecer metiendo el mentón hacia dentro. Mantenemos esta posición todo el tiempo que podamos estar sin respirar.

Se repite el ejercicio variando la posición de las manos:

- Colocándolas por delante de las caderas, con las puntas de los dedos rozándose.
- Colocándolas por delante de las caderas y subiendo los brazos como las bailarinas al hacer ejercicio.

Posición sentada

En posición sentada tipo indio con las piernas cruzadas y la espalda recta se realiza el ejercicio de la misma forma que lo hemos hecho de pie.

Posición tumbada

Con las rodillas flexionadas al igual que los brazos que están en semiflexión a la altura del pecho y se realiza el ejercicio de la misma forma que hemos hecho de pie.

Hay diferentes posturas que puedes hacer de pie, de rodillas, sentada y tumbada. Se debe elegir 3 ó 4. Lo ideal es hacerlos por la mañana, tras haber ido al baño y bebido agua. Mejor que no se hagan tras las comidas o antes de acostarse.

Recomendaciones

Hacer un CALENDARIO MICCIONAL (apuntará durante 7 días el número de veces que va al baño durante el día y durante la noche). Aconsejar a la mujer que cuando vaya a orinar no haga fuerza con la musculatura abdominal, es decir, no apriete con la tripa para desentender la micción.

No aguantar las ganas de orinar, esto conlleva a grandes vejigas con dificultad de contracción y posibilidad de residuos de orina y por tanto de infección.

●Entrenamiento muscular del suelo pélvico: GIMNASIA HIPOPRESIVA, CAUFRIEZ, 1980

Se trata de un conjunto de técnicas posturales creadas por el Dr. Marcel Craufiez que hacen que disminuya la presión dentro del abdomen, se activen de forma refleja los músculos del suelo pélvico y de la faja abdominal, se reduzca el riesgo de IU y de descensos viscerales al mismo tiempo que reequilibramos la estática de la columna vertebral.

Duración: 20 minutos/día.

No está indicado en pacientes hipertensos no controlados y en el embarazo.

Está indicada:

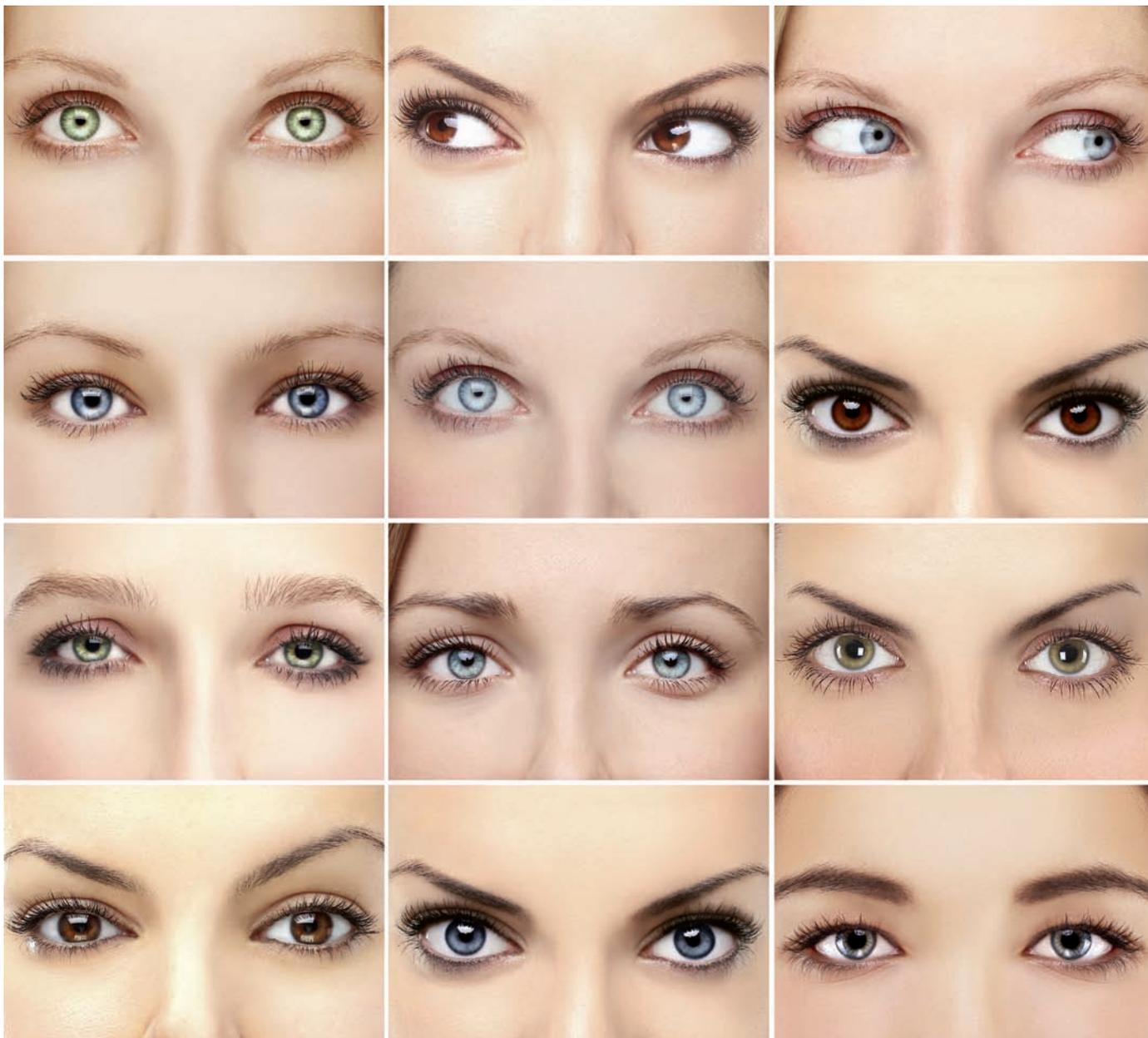
- Mujeres con debilidad en la musculatura abdominal.
- Mujeres que practican deportes de impacto, como el tenis, la equitación, aeróbic, saltos, etc.
- Antecedente de parto vaginal, cirugía abdominal o ginecológica.
- Problema de IU.

Los ejercicios hipopresivos deben ser instruidos por un profesional. Son los siguientes:

Posición de pie.

- Rodillas ligeramente flexionadas.
- Brazos en jarra con las manos sobre las caderas, pero sin apoyarse en ellas.
- Inclinarsse ligeramente hacia delante con el tronco.
- Meter el mentón sin flexionar la cabeza.

En esta posición coger el aire por la nariz echarlo por la boca. Hacer dos o tres respiraciones tranquilamente. En la última cuando acabamos de echar el aire, bloqueamos la respiración haciendo como que cogemos aire



Todo sobre tus cejas

Dra. Virginia Sánchez. Dermatóloga Miembro de la AEDV (Academia Española de Dermatología).

Las cejas son una de las partes del rostro más importantes a nivel estético, pero poco se sabe de ellas en realidad. ¿Para qué sirven? ¿Se caen? ¿El pelo vuelve a crecer tras la depilación? ¿Existe el trasplante de pestañas?

Anatómicamente podemos definir a las cejas como una parte de la cara formada por pelos cortos que se ubica a nivel de los arcos supra-ciliares del macizo facial a unos 2 centímetros por encima de los ojos. Su función es complementaria a la de las pestañas: proteger los ojos del sudor, el polvo, la radiación solar u otras agresiones del medio ambiente.

Se llevan frondosas

Las cejas son una de las partes más importantes en la valoración global de la belleza facial. Su grosor, longitud, forma, color, separación entre ellas y relación con el tamaño de los ojos son fundamentales en la percepción de armonía y equilibrio de una cara. Desde la antigüedad las mujeres han otorgado gran importancia al cuidado y maquillaje de las cejas. Las egipcias se las depilaban y después las dibujaban con khol, cosmético formado a base de galena molida y otros ingredientes utilizado desde la Edad de Bronce (3.500 a.C), para oscurecer el párpado con el objetivo de proteger los ojos de la luz del sol. Estudiando la evolución de las tendencias de las cejas en

el pasado observamos que las cejas depiladas o finas pasaron de moda y actualmente las actrices y modelos prefieren unas cejas pobladas pero bien depiladas. Generalmente la mejor estética para las cejas es la que presenta de forma natural cada individuo, pero en ocasiones es recomendable reducir el grosor, aumentar la distancia entre ellas o arquearlas. En los casos de cejas rubias o pelirrojas puede ser necesario oscurecerlas con un pincel o un lápiz para que los ojos parezcan mejor definidos y resalten sobre otros elementos faciales.



Las cejas se caen

En general, los folículos pilosos del cuerpo son estructuras "vivas" que atraviesan continuamente distintas fases: crecimiento, maduración y caída (anagen, catagen y telogen, respectivamente). Según la duración de la fase de crecimiento o anagen, el pelo resultante será más o menos largo.

En el caso de las cejas, esta fase dura aproximadamente un mes por lo que su longitud no suele superar los dos centímetros. Para hacernos una idea comparativa, en el cuero cabelludo la fase de crecimiento dura varios años por lo que el pelo puede llegar a alcanzar una longitud de varias decenas de centímetros. Por otro lado, el porcentaje de folículos en esta fase de crecimiento difiere según las zonas. En el cuero cabelludo es del 85% mientras que en las cejas es del 15%. Esto tiene cierta importancia ya que los folículos en fase de crecimiento son los más sensibles a cualquier enfermedad o toxicidad. Ante una situación adversa como anemia, estrés o toxicidad por fármacos, el pelo que cae primero es el del cuero cabelludo. Las cejas sin embargo suelen mantenerse hasta un estadio más severo de la enfermedad.

Pero existen ciertas enfermedades que pueden producir una caída de las cejas:

- Alopecias cicatriciales o definitivas: liquen plano pilar, lupus.

- Alopecias no cicatriciales: alopecia areata, tricotilomanía.

¿El pelo caído de la ceja vuelve?

Si la alopecia es de tipo no cicatricial existen posibilidades de que las cejas vuelvan a poblarse de forma natural o con ayuda de tratamientos que estimulen el crecimiento del folículo piloso. Existen distintos tratamientos farmacológicos que pueden ser de ayuda para detener o revertir la alopecia de las cejas. Los tratamientos cosméticos pueden complementar a los farmacológicos en algunos casos.

Recomendaciones para depilarlas

Lo más importante a la hora de depilar las cejas es hacerlo en condiciones de máxima higiene para evitar la irritación o infección secundaria. Se debe evitar la exposición solar los días siguientes a la depilación para prevenir la aparición de manchas oscuras en la zona. Hay que tener en cuenta que el porcentaje de pelos en fase de crecimiento en las cejas es del 15% y además esta fase dura alrededor de un mes. Por todo esto, el pelo tardará un mes en volver a salir, en el mejor de los casos. En ocasiones, el traumatismo repetido que produce la depilación de las cejas produce que algunos folículos desaparezcan con el tiempo por lo que el pelo no vuelve a salir.

Consejos cosméticos generales en la depilación de las cejas para mantener una adecuada armonía facial:

- Mujeres: grosor medio, arco superior marcado con ligera elevación lateral.
- Hombres: más gruesas y rectas. Eliminar el entrecejo.

Trasplante de cejas

La indicación del trasplante de cejas es para cualquier tipo de alopecia de esta zona siempre que la causa principal que la produjo se encuentre ausente o estabilizada.

Se realiza de forma similar al del cuero cabelludo, con algunos matices. Primero se extraen las unidades foliculares de la región donante y posteriormente se injertan en la región receptora.

En cuanto a las diferencias entre el trasplante de cejas y el del cuero cabelludo, existen ciertas diferencias:

- El pelo de origen debe ser de un grosor similar: generalmente de la nuca, región retroauricular, pubis o axila.
- Es muy importante el diseño de la "nueva ceja" teniendo en cuenta las necesidades de cada rostro.
- Deben injertarse unidades foliculares de un solo pelo.
- La dirección del folículo piloso injertado debe ir alineada con la dirección de la ceja.



Medicamentos de alto riesgo

Beatriz Bonaga Serrano, Mercedes Gimeno Gracia, Tránsito Salvador Gómez.

Facultativo especialista de área de Farmacia Hospitalaria.

Pilar López Mallén. Supervisora de Enfermería.

Pilar Arrabal Torcal. Jefa de sección administrativo.

Servicio de Farmacia, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Los errores de medicación y sus consecuencias negativas asociadas, constituyen un grave problema de salud pública. En este sentido, es fundamental que tanto profesionales como pacientes tomemos conciencia de la importancia de su conocimiento, notificación y prevención.

Cuando estos errores se producen en medicamentos de alto riesgo las consecuencias pueden ser potencialmente graves. Es por eso que, dentro del ámbito hospitalario, se recomienda aplicar intervenciones integradas en la práctica clínica diaria con el fin de conseguir un uso adecuado de estos medicamentos.

Definición

Los medicamentos de alto riesgo son aquellos que presentan una probabilidad elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

Por todo ello, los medicamentos de alto riesgo han de ser objetivo prioritario de las recomendaciones o estrategias de mejora de la seguridad del paciente.

¿Qué fármacos se consideran de alto riesgo?

El Institute for Safe Medication Practices (ISMP), llevó a cabo en los años 1995-1996 un estudio en 161 hospitales con objeto de conocer los fármacos que eran más proclives a causar acontecimientos adversos en los pacientes. La conclusión obtenida fue que estos medicamentos eran un número limitado, por lo que fue en este grupo de fármacos donde se centraron las intervenciones de mejora. Esta lista se ha ido actualizando durante estos años en función de los nuevos errores de medicación graves que han sido notificados. La última lista publicada por el ISMP y adaptada a los medicamentos disponibles en nuestro país por el ISMP-España se recoge en la Tabla.

Prácticas seguras

Dentro del ámbito del uso seguro del medicamento, diferentes organizaciones y agencias internacionales recomiendan instaurar

prácticas seguras encaminadas a reducir los errores de medicación. En relación a los medicamentos de alto riesgo, el National Quality Forum incluyó en el 2010 entre sus 34 prácticas seguras prioritarias, la implantación de procedimientos estandarizados con tales medicamentos. Asimismo, la Joint Commission incluye, dentro de sus National Patient Safety Goals elaborados en 2003, el control de los medicamentos de alto riesgo. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud incluyó entre las nueve medidas establecidas en 2007, el control de las soluciones concentradas de electrolitos.

Prevención de errores de medicación con medicamentos de alto riesgo

En el ámbito hospitalario, el sistema de utilización de medicamentos es complejo. Con el fin de prevenir la aparición de errores de medicación, se hace necesaria la implementación de varias prácticas de seguridad en cada una de las etapas de utilización del medicamento. Las instituciones sanitarias deben identificar estos medicamentos, establecer procedimientos para su manejo seguro en todos los procesos asistenciales, evaluar los procedimientos instaurados para grupos de medicamentos



Tabla 2. Relación del ISMP de medicamentos de alto riesgo en hospitales

► **Grupos terapéuticos**

- **Agentes de contraste IV**
- **Agentes inotrópicos IV** (ej. digoxina, milrinona)
- **Agonistas adrenérgicos IV** (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)
- **Anestésicos generales inhalados e IV** (ej. ketamina, propofol)
- **Antagonistas adrenérgicos IV** (ej. esmolol, labetalol)
- **Antiagregantes plaquetarios IV** (ej. abciximab, eptifibatida, tirofiban)
- **Antiarrítmicos IV** (ej. amiodarona, lidocaína)
- **Anticoagulantes orales** (ej. acenocumarol, dabigatrán)
- **Antidiabéticos orales** (ej. glibENCLAMida)
- **Bloqueantes neuromusculares** (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)
- **Citostáticos, parenterales y orales**
- **Heparina y otros anticoagulantes parenterales** (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)

- **Insulina IV y subcutánea**
- **Medicamentos para sedación moderada IV** (ej. midazolam, dexmedetomidina)
- **Medicamentos orales para sedación moderada en niños** (ej. hidrato de cloral, midazolam)
- **Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas** (ej. anfotericina B)
- **Medicamentos para administración por vía epidural o intratecal**
- **Nutrición parenteral**
- **Opiáceos IV, transdérmicos y orales** (todas las presentaciones)
- **Soluciones cardioplégicas**
- **Soluciones de glucosa hipertónica** ($\geq 20\%$)
- **Soluciones para diálisis** (peritoneal y hemodiálisis)
- **Trombolíticos** (ej. alteplasa, tenecteplasa)

► **Medicamentos específicos**

- **Agua estéril** para inyección, inhalación e irrigación en envases de volumen ≥ 100 mL (excluyendo botellas)
- **Cloruro potásico, IV** (solución concentrada)
- **Cloruro sódico hipertónico** ($\geq 0,9\%$)
- **Epoprostenol IV**
- **Fosfato potásico IV**

- **Metotrexato oral** (uso no oncológico)
- **Nitroprusiato sódico IV**
- **Oxitocina IV**
- **Prometazina IV**
- **Sulfato de magnesio IV**
- **Tintura de opio**
- **Vasopresina**

Imagen obtenida de: Listado de medicamentos de alto riesgo ISMP-España 2012. Disponible en: www.ismp-espana.org

almacenarla en un lugar distinto o bien incluir etiquetas adicionales que permitan su diferenciación.

- Protocolos y hojas preimpresas. Disponer en el hospital de protocolos sobre normas de correcta prescripción y recomendaciones específicas que insten a evitar el uso de abreviaturas y prescripciones ambiguas. Esta práctica reduce la variabilidad y complejidad de los procesos, ya que permite su estandarización. Las hojas de prescripción preimpresas ayudan en la prescripción de los medicamentos más habituales protocolizados en situaciones concretas.

- Incorporar alertas automáticas. Establecer alertas de dosis máxima, interacciones farmacológicas, etc. para favorecer el uso seguro de medicamentos de alto riesgo.

- Estandarizar la dosificación.

- Favorecer el acceso a la información.

- Educación a los pacientes. Informar al paciente acerca de los errores potenciales que pueden causar los medicamentos de alto riesgo y proporcionarle los medios necesarios para favorecer el uso seguro de los mismos. (Clara y sencilla explicación del tratamiento, información escrita al alta, etc.).

- Emplear técnicas de doble chequeo. El doble chequeo debe limitarse a los distintos procesos en la cadena de utilización del medicamento donde se produzcan errores con más frecuencia.

- Centralizar la preparación de mezclas intravenosas de medicamentos de alto riesgo en el servicio de Farmacia.

- Aplicar barreras que ayuden a eliminar o reducir la posibilidad de que se produzcan errores. Un ejemplo de ello sería eliminar las ampollas de cloruro potásico concentrado de los botiquines de planta, evitando de esta manera su posible inyección intravenosa accidental.

específicos y tomar medidas concretas de reducción de riesgos.

El ISMP propone diversas estrategias para reducir las posibles consecuencias derivadas de los errores en la utilización de estos medicamentos:

a) Estrategias generales

- Reducir la posibilidad de que los errores ocurran: Estandarizar los medicamentos de alto riesgo disponibles en los hospitales, limitar el número de presentaciones almacenadas (diferente dosis, concentración y/o volumen). y retirar o limitar las existencias en los botiquines de las unidades asistenciales.

- En caso de que el error llegue a producirse,

éste debe ser informado con inmediatez a fin de evitar que alcance al paciente.

- Minimizar las consecuencias de los errores.

b) Estrategias específicas

- Identificación de medicamentos de alto riesgo. Revisión de especialidades disponibles en el hospital. Los medicamentos de alto riesgo deben estar bien definidos e identificados.

Con el fin de evitar errores ocasionados por similitud fonética o isoapariencia, se deberá revisar periódicamente los medicamentos de tales características disponibles en la guía farmacoterapéutica. En ese caso, puede ser necesario valorar sustituir la especialidad,

Fimosis, ¿una enfermedad de niños?

Muñoz Rivero, M.V; Cabañuz Plo, T; Reyes Figueroa, A.A; García Ruiz, R; Tejero Sánchez, A; Gil Sanz, M.J.
Sº Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

El término fimosis se utiliza cuando el prepucio, piel que recubre el glande (la cabeza del pene) no puede ser retraído por detrás de éste.

No es una patología exclusiva de la infancia. Puede ser congénita o adquirida. La fimosis primaria o fisiológica se da en el recién nacido y no tiene signos de cicatrización. La secundaria o patológica, puede originarse a raíz de una inflamación de la piel del prepucio llamada balanitis (la diabetes mellitus se asocia frecuentemente a este tipo de infecciones), traumatismos sobre el prepucio que con frecuencia se producen durante la relación sexual, maniobras masturbatorias, siendo menos frecuente que se deban a presencia de tumores peneanos o a enfermedades cutáneas como el liquen escleroso y atrófico.

Al nacer, la dificultad en retraer el prepucio es muy habitual. Al final del primer año, cerca del 50% de prepucios descienden y a los 3 años el 90%. A los 16-18, solo un 1% de varones persisten con fimosis.

En el varón adulto, frecuentemente se asocia con inflamaciones del prepucio de manera repetida que dificulta la retracción prepucial en un pene previamente normal. Puede dificultar el aseo de la zona por lo que se producen infecciones de orina, balanitis o incluso una pequeña dificultad para mantener relaciones sexuales.

¿Cuáles son las complicaciones?

La complicación más frecuente es la infección de la piel del glande que puede sumarse a la infección de la parte interna del prepucio (balanopostitis). El tratamiento se realiza con limpieza de la zona con suero fisiológico y, algunas veces, puede precisarse una pomada con antibiótico.

En ocasiones, aparece dificultad para orinar. Esto puede provocar retenciones de orina que producirán una infección secundaria.

La parafimosis es la retracción de un prepucio estrecho por detrás del glande imposibilitando la recolocación del prepucio sobre el pene originando edema del mismo. Esta situación debe resolverse de manera urgente ya que se dificulta la perfusión distal y hay riesgo de necrosis.

¿Cómo se trata?

Los grados menores de fimosis o presencia de adherencias prepuciales más allá de los 3 años, pueden beneficiarse de la sencilla maniobra de retraer el prepucio suavemente todos los días coincidiendo con el baño y enseñarle al niño a hacerlo. De esta forma, el prepucio se irá ensanchando progresivamente y se irán desprendiendo paulatinamente sus adherencias. No es recomendable realizar las retracciones antes de los 3 años de forma rutinaria y se debe instruir adecuadamente a los padres de cómo realizarlas, lo ideal es 2-3 veces al día, de forma suave y progresiva sin forzar.

Si a partir de los 3 años, la patología es evidente, o existen problemas para orinar o infecciones de repetición, se indica tratamiento quirúrgico mediante circuncisión u otras técnicas con preservación del prepucio. En casos más leves, puede administrarse una pomada o crema de corticoide dos veces al día durante 20-30 días (éste tratamiento carece de efectos secundarios).

La fimosis secundaria, si no hay contraindicación, es indicación de circuncisión si no se ha resuelto con el tratamiento médico.

Las contraindicaciones para realizar una circuncisión son enfermedades de la coagulación de la sangre, infección local aguda y anomalías congénitas del pene (pene enterrado o hipospadias); en éste último caso es debido a que a veces es necesario el prepucio para realizar una reconstrucción de la zona.

¿Cómo se realiza una intervención de fimosis?

La circuncisión es una intervención sencilla que suele durar unos 30 minutos, se realiza de manera ambulatoria sin precisar ingreso. En adultos se puede hacer con anestesia local, pero en niños se prefiere anestesia general. No suele ser preciso tratamiento previo, salvo si existe infección previa.

Cuidados postoperatorios

Tras la intervención se deja una venda alrededor del pene con un orificio para poder orinar y se indica acudir para su retirada al centro de salud a las 24 horas de la intervención.

Los cuidados postoperatorios son sencillos y consisten en curas diarias con suero y povidona yodada (Betadine®). A veces se puede sangrar ligeramente y para cortar esa hemorragia hay que comprimir directamente en el sitio durante unos minutos.

Los puntos habitualmente se caerán solos y no precisan ser retirados.

Tras la cirugía se deben evitar las erecciones con frío local (bolsas de hielo) y no se puede retomar la actividad sexual hasta que los puntos se hayan caído, cuando la herida haya curado por completo.

En principio no es necesario ningún tratamiento médico, salvo analgesia si se precisa, evitando la aspirina ya que podría favorecer el sangrado.



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



Ven y disfruta de las cuatro estaciones



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



MERRELL™

BOREALS

HH[®]
HellyHansen

THE
NORTH
.FACE

S
salomon

trangoworld


HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



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



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

www.lapuertaverdepanticosa.com