



guía

de Consejos para *Pacientes*

Profa. Dra. María Sáinz Martín

Dr. Víctor Ramírez de Molina



guía

de Consejos para Pacientes

Profa. Dra. María Sáinz Martín

Dr. Víctor Ramírez de Molina



Edita: Defensor del Paciente.

Tirada: 800 Ejemplares.

Edición: Noviembre 2006.

Depósito legal: M-45487-2006.

Imprime: CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO.
Secretaría General Técnica.
Servicio de Asuntos Generales.
Centro Digital de Reprografía.

GUÍA DE CONSEJOS PARA PACIENTES

Hospital Clínico San Carlos de Madrid

PREFACIO

La importancia de la educación para la salud es una evidencia hoy ya no sólo en el seno de las comunidades científicas, sino en la percepción de estratos sensibilizados de nuestra sociedad. La renuncia de la pasarela Cibeles a modelos en cuestionables condiciones de salud ha sido una auténtica declaración de intenciones. Podría citar también, la regulación de los anuncios sobre ciertos alimentos, que se emiten en franja horaria de frecuentación infantil o el cuidado actual respecto de los productos que esta parte de nuestra ciudadanía consume en los llamados establecimientos de comida rápida. No cabe duda del acierto de estas medidas encaminadas a orientar conductas saludables para etapas tempranas de la vida.

La educación para la Salud “debería ser una asignatura”, enfatizaba Javier Aranceta, Presidente del Congreso Mundial de Nutrición y Salud Pública, celebrado el mes pasado en Barcelona, en el sentido que acabo de expresar sobre la importancia de la alimentación y nutrición en el estado de salud de las personas. Vivimos en un planeta atrapado por problemas nutricionales: o se carece de alimentos por los más desafortunados, o se utilizan mal, por el llamado primer mundo. Lamentablemente nos cuesta mucho encontrar las pautas de educación para la salud que nos sitúen en el justo intermedio entre la desnutrición y el sobrepeso.

Deja fuera de toda duda la importancia de este asunto el hecho de que en julio de 1997, bajo los auspicios de la OMS, se celebró la IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en cuyo seno se aprobó la declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Esta conferencia hay que señalar que no es un hecho aislado en el desarrollo de estas inquietudes. En octubre de 1986 tuvo lugar, en Ottawa, la primera de estas conferencias, que dio lugar, precisamente, a la carta de Ottawa de promoción de la salud.

Los profesionales sanitarios, en nuestro entorno social, juegan un relevante papel en la promoción de la salud, en una sociedad muchas veces dependiente en

exceso de unos servicios sanitarios que se utilizan con frecuencia para tratar de “reparar” los efectos de estilos de vida poco saludables.

El escenario de la práctica asistencial muestra como actores a los profesionales sanitarios en cuanto prestadores de dicha asistencia y a los usuarios o pacientes como receptores de tal conjunto de acciones. En calidad de espectadores se encuentran el conjunto de los ciudadanos, la sociedad, en definitiva, cuyos miembros acaban invariablemente subiendo, también, a este escenario.

Lo que sucede, en el referido espacio, que va cambiando sus personajes, tiene siempre un objetivo definido: la salud de la población aún cuando este propósito se persiga a través de muy variadas acciones. Pero es preciso enfatizar que ninguna de ellas se desarrollará de forma adecuada, ni alcanzará sus fines, sin el uso de una herramienta insoslayable: la comunicación del profesional sanitario con los pacientes.

Debo de decir que la “Guía de consejos para Pacientes” que edita el Hospital Clínico San Carlos, gracias al empeño de su Unidad de Promoción y Educación para la Salud, me ha transmitido la tranquilidad de que los valores de la comunicación y el entendimiento entre los intervinientes en la práctica asistencial constituyen un referente para los profesionales durante el proceso de comienzo y desarrollo de la situación de enfermar, en una persona que por su situación doliente y de falta de conocimiento científico se encuentra en condiciones de especial vulnerabilidad. Traigo al recuerdo de todos que la palabra “enfermo” proviene, precisamente del latín “infirmus” traducible por “sin firmeza”.

Se presenta la obra en diez áreas con sucesión alfabética de espacios clínicos de mayor relevancia, agrupando sesenta aspectos concretos dentro de las mismas, y concluye esta meritoria publicación con un detalle bibliográfico, un glosario terminológico y un programa específico para determinados pacientes.

Es de justicia agradecer al Hospital Clínico San Carlos, en las personas que son responsables, por la labor que desde 1980 viene desarrollando de tan fecunda manera y traer a estas líneas el nombre de la Dra. Sainz, Jefa de la Unidad de Promoción y Educación para la Salud del referido centro sanitario por su entrega sostenida a tan noble propósito. Gracias, como no a todos los profesionales que en esta línea de trabajo van a manejar la guía con sus pacientes.

Estas gratitudes debo expresar que las emite el Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid en nombre propio y en el de la ciudadanía cuya representación a estos efectos orgullosamente ejerzo.

Quiero concluir invitando, a todos, a reflexionar acerca de la importancia de adoptar estas maneras de vivir e incluso la conveniencia de transmitir a la infancia y adolescencia, nuestra futuro en definitiva, experiencias y conocimientos en los espacios docentes, para prevenir conductas de riesgo ante fenómenos emergentes que les afectan: nutrición inadecuada, tabaquismo, drogodependencia, macrobotellón o el uso de tatuajes y piercings.

Esta cultura saludable ha de implicar a amplios y numerosos sectores del tejido social y alcanza no sólo al sanitario y al educativo, sino al deportivo o al de la moda, a las comunicaciones y al ocio. Todos implicados, porque a todos no afecta. Nuestro futuro lo construimos ahora.

Juan Ignacio Barrero Valverde
Defensor del Paciente
de la Comunidad de Madrid

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
PRÓLOGO	13
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	17
COORDINACIÓN	24
INDICE DE AUTORES	25
ALERGOLOGÍA	27
Alergia alimentaria	29
Asma bronquial	30
Alergia a medicamentos	31
Inmunoterapia específica	33
Rinitis alérgica	34
CIRUGIA	37
Cirugía laparoscópica	39
Fístulas y abscesos del ano	41
Hemorroides y su manejo	42
Hernia inguinal	44
Estomas y su manejo	45
DERMATOLOGÍA	47
Acné	49
Alopecia	50
Cáncer cutáneo	51
Dermatitis seborreica	54
Eccema. Dermatitis atópica	56
Herpes genital	60
Hirsutismo	61
Infecciones cutáneas por hongos	62
Pitiriasis rosada de Gibert	64
Psoriasis	65
Verrugas víricas	66
Urticaria	68
DIGESTIVO	71
Divertículos del colon	73
Síndrome del intestino irritable	74

GINECOLOGÍA	77
Anticonceptivo	79
Bartholinitis	80
Diagnóstico prenatal	81
Embarazo y ejercicio físico	82
Embarazo y nutrición	83
Embarazo y planificación	84
Factor Rh y embarazo	85
Hipertensión arterial y embarazo	86
Embarazo múltiple	88
 NEFROLOGIA	 91
Introducción	93
Hemodiálisis	93
Diálisis peritoneal	95
Transplante renal	96
 NEUROLOGÍA	 99
Pérdida de memoria y demencia	101
Neuropatías	103
Mareo y vértigo	105
Dolor de cabeza	107
Esclerosis múltiple	109
Accidente vascular cerebral agudo	111
Afasia	113
Enfermedad de Parkinson	115
 ONCOLOGÍA	 119
Cáncer colorrectal	121
Cáncer de mama	123
Cáncer de próstata	124
Cáncer de pulmón	126
Principales complicaciones de los tratamientos de quimioterapia	129

PEDIATRÍA ONCOLÓGICA	131
Introducción	133
Alimentación	133
Alteraciones en la sangre	135
Alteraciones en el tubo digestivo	137
Alteraciones psicológicas: Ansiedad y depresión	138
Alteraciones de la imagen corporal	139
 REUMATOLOGÍA	 143
Artrosis	145
Dolor cervical	147
Lumbalgia	149
Osteoporosis	152
Actividad física y salud	154
BIBLIOGRAFÍA	157
GLOSARIO	159
ANEXO	167
Programa de Educación al Paciente con Cardiopatía Isquémica. Guía informativa para el enfermo coronario.División de Enfermería. Instituto Cardiovascular HCSC.	

PRESENTACIÓN

La **Guía de Consejos para Pacientes** elaborada desde la Unidad de Promoción y Educación para la Salud de nuestro Servicio pretende reforzar el conocimiento de los profesionales sanitarios en este campo.

Este proyecto en el que han participado muchos médicos y tutores de residentes del hospital, pretende dar respuestas a la demanda creciente de información

por parte de los pacientes sobre sus patologías e integrar la promoción de la salud en el aprendizaje de los futuros especialistas.

Esta primera edición de la Guía, en la que han participado 10 Servicios del Hospital que han elaborado 62 temas, pretende ser un punto de partida a partir del cual se vayan sumando en futuras ediciones el resto de servicios del hospital.

Me gustaría resaltar el enfoque práctico de la Guía, pues el objetivo último es la utilización habitual de las hojas de consejos para pacientes de consultas, al alta de pacientes hospitalizados y en urgencias. En ningún caso estas hojas de consejos para pacientes podrán sustituir a la información verbal proporcionada por el médico al paciente.

También la dedicación de la enfermería en la Educación para la Salud tiene una gran importancia demostrada por nuestro Servicio desde hace años. Felicitamos el esfuerzo del Instituto Cardiovascular por el programa educativo que anexamos.

Deseo finalmente felicitar a los tutores de residentes y residentes del Hospital que han intervenido en la elaboración de la Guía por su interés y dedicación y especialmente a la Dra. María Sáinz trabajadora incansable en todos los proyectos de Educación para la Salud.

Fdo: **Dr. J. Fereres**
JEFE DE SERVICIO
DE MEDICINA PREVENTIVA

PRÓLOGO

El proceso de la comunicación entre las personas está estrechamente relacionado con el **mensaje** oral o escrito que se quiere transmitir (consejos en texto), con la situación del **emisor** (profesional de la medicina y/o enfermería) y el **receptor** (paciente, usuario y/o familiar) además del **contexto** donde se produce esta comunicación (consulta médica y/o de enfermería).

También en la relación médico/paciente debe prevalecer como medio de comunicación fundamental el lenguaje oral, que transmita los mensajes de forma directa y con capacidad bidireccional para que emisor/receptor se compenetren en la verdadera interpretación del mensaje.

El consejo emitido (mensaje) durante la praxis médica tiene un valor añadido que lo definimos como terapéutico cuando el paciente (receptor) comprende el lenguaje y su significado a los efectos de llegar a sentirse copartícipe del proceso personal e intransferible como es, en su caso particular, la enfermedad o el posible desarrollo de padecimiento.

La enfermedad es del sujeto (receptor) pero al saberse con desconocimiento de la técnicas, habilidades y conocimientos médicos necesita de la interpretación fácil, comprensible y veraz para disminuir la tensión emocional e incluso el miedo que produce lo desconocido.

Cuando el médico/ca (emisor) retransmite el conocimiento de los síntomas, signos, tratamientos etc., de la enfermedad a través de los mensajes orales, nos encontramos que la receptividad del paciente está alterada.

La comunicación médico/paciente se situará siempre en un plano desigual de la información, aunque ambos tengan verdadera intención de mantener los canales de la comunicación abierta de forma bidireccional.

En este proceso de comunicación a través de los mensajes orales hay que añadir los componentes de la comunicación emocional que ambos se transmiten con el deseo común de objetivar la enfermedad y cómo se puede solucionar, tratar o paliar en cada caso particular.

Por ello, el añadir un reforzamiento a la comunicación a través de **los consejos escritos facilita el recuerdo de los mensajes transmitidos oralmente**, ayuda a compartir las dudas en los reencuentros entre médico y paciente, además de favorecer el recuerdo de las pautas a cumplir para mejorar la calidad de vida de cada paciente. Y sobre todo, eleva el sentimiento de confianza mutua dentro del contrato social no escrito y pactado históricamente, entre usuarios de un servicio sanitario y sus profesionales, evitando la desconfianza científica que favorece al intrusismo y la mala praxis o la magia.

La Educación para la Salud es una herramienta de trabajo que todos los profesionales de las Ciencias de la Salud tienen que aprender y desarrollar para adecuarse a las nuevas necesidades y demandas sociosanitarias y médicas.

La población en general y los enfermos en particular, tienen el máximo de comunicación e información a través de internet y medios masivos de comunicación (radio, prensa y T.V.), así lo corroboran las estadísticas, cuando se preguntan a los pacientes, usuarios o clientes las fuentes principales de información de su conocimiento.

La historia clínica para el diagnóstico, con toda su batería de pruebas médicas, de laboratorio, de radiodiagnóstico etc., para un correcto tratamiento clínico y/o farmacológico dirigido a la persona enferma o con posibilidad de padecer una enfermedad, tiene que ser interpretado por los profesionales de la salud.

Además hay que hacer un pronóstico, evaluación y seguimiento de ese proceso potencial o real de una enfermedad por parte de los profesionales de la medicina y junto a ellos a los profesionales de la enfermería como profesionales de los cuidados, seguimiento y control de los consejos sanitarios.

Además de hacer las prescripciones facultativas y de las terapias farmacológicas después de valorar, evaluar y controlar cada profesional de la medicina ante su paciente, en relación a cada caso particular.

Todo profesional de la medicina, además de lo anunciado, tiene que prepararse a desarrollar la Educación para la Salud en cada uno de los pasos del proceso de la comunicación del enfermar y de las enfermedades con sus pacientes, usuarios y familiares.

Las necesidades y angustias del sufrimiento que se padece con una enfermedad pueden ser iguales que en otros tiempos, pero necesitan nuevas respuestas por parte de los profesionales de la salud.

El adagio pedagógico de transmitir conocimientos que nos dice “Si lo oigo, lo olvido, si lo leo, lo recuerdo, si lo hago, lo sé”, tiene gran actualidad, porque la población cada día está más informada, pero se comunica peor, porque el proceso de interpretación y asimilación de tanta información recibida va a estar condicionada por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales de la persona que los recibe, además de la forma de recibirlos y del lugar donde se produce la información.

Los profesionales de la medicina y la enfermería conocen el potencial que tienen como comunicadores de noticias de salud y de enfermedad ante una persona, familia o grupo social.

Las habilidades desarrolladas y las técnicas aprendidas durante su formación profesional y capacitación especializada tienen que mostrarse día a día en su ejercicio profesional de la medicina.

Esta primera edición de la **Guía de Consejos para Pacientes** pretende introducir oportunidades de mejora en la atención prestada y proporcionar una herramienta de investigación–acción, como modelo de trabajo para obtener unos resultados temáticos que facilite la relación médico–paciente.

En el índice de la Guía podrán leer con detalle como se ha realizado este trabajo. También los sesenta temas abordados en las diez áreas ordenadas alfabéticamente de Alergología, Cirugía, Dermatología, Digestivo, Ginecología, Nefrología, Neurología, Oncología, Pediatría Oncológica y Reumatología.

La Bibliografía y el Glosario terminológico planteado por las personas lectoras y correctoras del trabajo han enriquecido el texto.

También se ha anexo el Programa de Educación al Paciente con Cardiopatía Isquémica. Guía Informativa para el Enfermo Coronario de la División de Enfermería (Instituto Cardiovascular) a modo de ejemplo de tantos programas y/o actividades de Educación a Pacientes que nuestro hospital, como pionero en Promoción y Educación para la Salud, viene desarrollando desde 1980.

Hay muchos servicios hospitalarios que fueron solicitados a participar a través de sus tutores y médicos residentes, porque el contacto con los pacientes es muy frecuente en cantidad y calidad, pero los conflictos o perezas de un esfuerzo más no nos ha permitido tenerlas en esta edición.

El esfuerzo común tiene sus recompensas, por ello animamos a los lectores/as de este **Guía de Consejos para Pacientes** a que la disfruten y divulguen entre los profesionales de la medicina y de la enfermería, pues siempre nos ha unido el objetivo común de favorecer la Salud de las personas (pacientes, usuarios y familiares) que utilizan nuestro servicios y consultas médicas.

Dra. María Sáinz

Jefa de la Unidad de Promoción
y Educación para la Salud
-Servicio de Medicina Preventiva-
Hospital Clínico San Carlos

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Con frecuencia el tiempo disponible en la consulta es insuficiente para proporcionar la información que el paciente demanda y necesita. Las hojas de consejos para paciente pueden **suplementar y reforzar la información** proporcionada por el médico. Sin embargo, esta información debe ajustarse a la mejor evidencia científica disponible y debe ser comprensible para el paciente. Se sabe que los pacientes olvidan o malinterpretan la mayor parte de la información que se les proporciona durante la consulta. Un estudio reveló que, en promedio, los pacientes solamente retienen un 20% de lo que oyen, y que este porcentaje puede incrementarse hasta un 50% si se proporciona apoyo visual o por escrito.

En el momento actual asistimos a una demanda creciente de información por parte de la población y a un desarrollo creciente de Internet como fuente de información sobre diversas patologías. Los pacientes demandan una mayor información de la que se les proporciona habitualmente. En un estudio realizado por Weinman et al se encontró que el 75% de los pacientes deseaban tener información por escrito en relación con su medicación y el 80% la leían.

Una mejor comunicación utilizando información por escrito generalmente **reduce la ansiedad** del paciente sobre su enfermedad y tratamientos **y mejora el cumplimiento terapéutico**. Varios estudios han encontrado que las hojas de consejos para pacientes pueden contribuir a conseguir unos **mejores resultados terapéuticos** en pacientes mejor informados.

Mejorar la educación de los pacientes **puede incrementar su autoestima y reducir las consultas repetidas por la recurrencia del problema**. Un estudio demostró que un libro de educación sanitaria conseguía reducir las consultas por enfermedad en Pediatría.

En otro estudio realizado en pacientes con lumbalgia, el material informativo proporcionado consiguió reducir el número de pacientes que volvían a consultar por el problema. Resultados similares se han encontrado en pacientes con patología respiratoria. Como consecuencia, la educación para pacientes **puede reducir la carga asistencial**.

En algunas circunstancias los consejos para pacientes pueden desempeñar un papel a la hora de **evitar prescripciones innecesarias**. En estos casos las hojas de consejos para pacientes son utilizadas como prescripción. De cara al

seguimiento del paciente las hojas de consejos **pueden estimular el debate** en la consulta y **permiten al paciente realizar preguntas más apropiadas**.

Proporcionar hojas de consejos para paciente contribuye a mejorar la relación médico paciente. Por otra parte el personal médico y muy especialmente los residentes y estudiantes, pueden beneficiarse con la utilización de las hojas de consejos para pacientes, **proporcionándoles medios para explicar las patologías más habituales**. En ningún caso la información por escrito sustituirá la explicación durante la consulta.

La población busca información sobre sus patologías a través de Internet cada vez con mayor frecuencia, información que en muchos casos no está científicamente contrastada. El médico debe ser consciente de esta circunstancia y proporcionar fuentes de información de calidad a quien lo demande. El proceso de elaboración de estas hojas permite al personal sanitario tomar contacto con esta realidad y **conocer las principales fuentes de información para pacientes disponibles a través de Internet**.

El hospital clínico San Carlos ha editado una **Guía de actividades de Educación para la Salud** en la que se recogen en fichas las actividades desarrolladas por el Hospital en relación con 28 programas. El presente proyecto está enmarcado dentro de esta guía de actividades desarrollada por el hospital. Creemos necesaria la elaboración de una **guía de consejos para pacientes** de uso hospitalario que **complemente y consolide la información proporcionada durante la consulta o ingreso** y que esté disponible a través de Internet.

OBJETIVOS

- Elaborar una **Guía de Consejos para pacientes** que esté **disponible a través de Internet**.
- **Mejorar la calidad de la información proporcionada al paciente**, adaptándola a sus necesidades.
- **Favorecer y mejorar la relación médico-paciente** mediante la creación de una herramienta de trabajo que facilite la comunicación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la elaboración de las hojas de consejos para pacientes se recomienda utilizar las siguientes fuentes de información:

JAMA. Hoja de información para pacientes. En esta revista podemos encontrar hojas de consejos dirigidas a pacientes sobre las patologías más frecuentes.

AMERICAN FAMILY PHISICIAN (www.familydoctor.org/handouts/063.htm).

MEDLINEPLUS (www.medlineplus.gov). Realizado por la Nacional Library of Medicine, diseñada para ayudar a la localización adecuada y autorizada de recursos de información de salud al paciente. Para evaluar las páginas Web se utilizan unos criterios de selección: calidad, autoridad y exactitud de los contenidos, que la página no suponga la venta de productos o servicios, así como la disponibilidad y actualización, entre otros.

CANCERNET EN ESPAÑOL (www.cancernet.com). Es un servicio del Nacional Cáncer Institute. Su objetivo es facilitar información actualizada y precisa sobre el cáncer.

CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (www.cdc.gov)

PUBLICACIONES DE LA FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (www.fda.gov).

HEALTHFINDER (www.healthfinder.gov). Es un índice desarrollado por el Departamento de Sanidad de Estados Unidos que facilita el acceso a publicaciones de información en línea, servicios de salud para consumidores, centros de distribución, bancos de datos, sitios Web y grupos de apoyo y autoayuda.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). (www.ahrq.gov/consumer).

FUNDACIÓN PARA LA EDUCACIÓN PÚBLICA Y LA FORMACIÓN ONCOLÓGICA CONTINUADA FEFOC (www.fefoc.org).

CENTRO MEDICO VIRTUAL (www.centromedicovirtual.com)

ECOMEDIC (www.ecomedic.com)

MI PEDIATRA (www.mipediatra.com)

FISTERRA (www.fisterra.com)

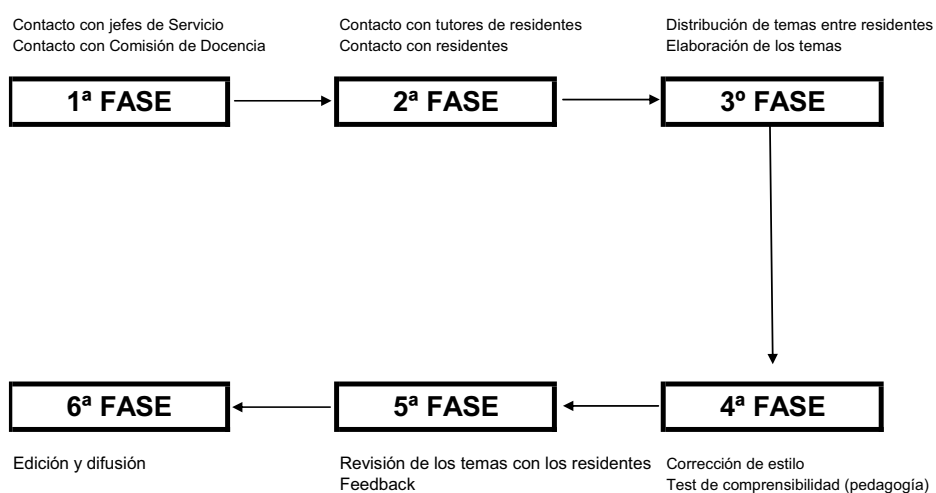
NORMAS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS HOJAS DE CONSEJO

1. Se realizará **una hoja por proceso**
2. Cada Servicio elegirá los procesos sobre los que se realizarán las Hojas de Consejos para pacientes, siendo deseable un **mínimo de 5 procesos por Servicio**. Estas hojas recogerán información sobre procesos médicos, procedimientos diagnósticos, tratamiento médico, intervenciones quirúrgicas y medidas preventivas.
3. El **contenido de las hojas deberá ser actualizado** y basado en la evidencia científica disponible hasta ese momento.
4. Se utilizará un **tamaño de letra lo suficientemente grande** como para que sea legible, titulares claros y se evitará la utilización de itálicas.
5. Es **recomendable** utilizar otros recursos como **ilustraciones y figuras** que serán elegidas teniendo en cuenta los intereses del lector.
6. Se recomienda utilizar **frases cortas**.
7. Se **evitará** la utilización de **tecnicismos**.
8. **Se evitará la utilización de la voz pasiva y la tercera persona**. voz pasiva sirve. Es mejor utilizar “usted debería” que “sería preferible que....”.
9. Se **evitará la utilización innecesaria de mayúsculas**. Únicamente deben figurar al principio de cada frase y con los nombres propios. No se necesitan en ninguna otra localización, pudiendo enlentecer la lectura.
10. Seguir las **leyes gramaticales y de sintaxis**.
11. Los trabajos **se presentarán en un plazo de 6 meses**, adjuntándose el material utilizado para su realización.

PLANIFICACIÓN

1. Carta de **presentación del proyecto a la Comisión de Docencia del HCSC**.
2. **Primera reunión** de contacto con los respectivos jefes de los Servicios participantes.
3. Nombramiento de un representante por especialidad (médico adjunto).
4. **Segunda reunión** del residente de medicina preventiva con los residentes de las distintas especialidades:
 - Presentación del programa y sus posibilidades.
 - Detección de necesidades.
 - Elección de temas y distribución del trabajo. Se elegirán varios temas por Servicio y se crearán grupos de trabajo para su realización.
 - Orientaciones para la realización del trabajo: Explicación de lo que se debe hacer y cómo hacerlo. Se darán ejemplos prácticos.
5. Elaboración del material propio de Consejos para Pacientes por parte de los residentes de especialidades.
6. Revisión del Contenido por parte del Staff del Servicio.
7. Revisión de material de trabajo por Medicina Preventiva (Unidad de Educación para la Salud). Valoración didáctica, valoración de comprensibilidad y claridad.
8. **Tercera reunión** con los residentes de especialidades.
 - Comentar modificaciones realizadas.
 - Realizar ejemplo práctico de comunicación con el paciente para poner en práctica la hoja de consejos para pacientes.
9. Resultados del proyecto: Edición de Guía de Consejos para Pacientes
10. Inclusión en página Web.

FASES DEL PROYECTO



CARTA DE PRESENTACIÓN

Dr.

Servicio.....

Estimado compañero:

Nos complace comunicarte que hemos programado dentro de las actividades de nuestro Servicio en este otoño, comenzar el desarrollo de una **Guía de Consejos para Pacientes** de utilización en los servicios médico-quirúrgicos del Hospital. La finalidad de esta Guía es introducir oportunidades de mejora en la atención prestada y proporcionar una herramienta que facilite la relación médico-paciente.

Se han realizado otras experiencias similares en el ámbito de la Atención Primaria en años pasados; sin embargo, aún ningún centro de especializada ha sistematizado las recomendaciones que se dan a sus pacientes.

Este proyecto está enmarcado dentro del Programa de Actividades de Educación para la Salud del Hospital elaborado por la Unidad de Educación para la Salud del Servicio de Medicina Preventiva, en el que están colaborando la mayor parte de los Servicios del Hospital.

Cada servicio nombrará a una persona responsable y seleccionará los temas que considere más interesantes. Los temas seleccionados serán desarrollados por los residentes ajustándose a las directrices descritas en el proyecto. Con este material se editará una Guía de Consejos para pacientes, que estará disponible a través de la página Web del Hospital.

Queremos invitar al Servicio de..... a colaborar activamente en este proyecto.

Gracias por tu atención y esperamos contar con vuestra colaboración.

Un cordial saludo:

Dra. María Sainz Martín

Unidad de Educación para la Salud-Servicio de Medicina Preventiva

COORDINACIÓN DEL PROYECTO

Servicio de Medicina Preventiva-Unidad de Promoción y Educación para la Salud.

Dra. María Sainz Martín

D. Víctor Ramírez de Molina. MIR Medicina Preventiva y Salud Pública

AGRADECIMIENTOS

D. Miguel Guillen por su entusiasmo y labor dinamizadora

D. Antonio Merino. Director de Programas de ADEPS

Profa. Estella D'Angelo. Directora del Equipo de Investigación y Docencia de la Facultad de Ciencias de la Educación.

Dr. Fernando Marco. Coordinador de Docencia del HCSC

D. José Soto. Director Gerente del HCSC

Dr. Fereres Castiel. Jefe de Servicio de Medicina Preventiva.

A todos los Jefes de Servicio y Tutores de médicos de residentes de las distintas especialidades médicas y quirúrgicas que han intervenido en la elaboración de esta guía, que son los siguientes:

SERVICIO

ALERGIA

CARDIOLOG

C GEN II

DERMA

DIGESTIVO

ENDOCRINO

GINECOLOGIA

NEFROLOGIA

NEUROLOGIA

ONCOLOGÍA

PEDIATRÍA

REUMATOLOG

JEFES DE SERVICIO

Dra. Consuelo Martínez Cocera

Dr. Carlos Macaya Miguel

Dr. Balibrea Cantero

Dr. Eduardo López Bran

Dr. Manuel Díaz Rubio

Dr. Aniceto Charro

Dr. Manuel Escudero Fernandez

Dr. Alberto Barrientos Guzmán

Dr. Antonio Vazquez Rodriguez

Dr. Eduardo Díaz Rubio

Dr. Francisco Valverde Moreno

Dr Juan A. Jover Jover

TUTORES DE RESIDENTES

Dra. Pilar Agustín

Dr. Manel Sabater

Dr. Juan Carlos García Pérez

Dr. Daniel Candelas Prieto

Dr. Ángel Álvarez Sánchez

Dr. Miguel Ángel Rubio

Dr. Fernando Bullón Sopelana

Dr. José Antonio Herrero Calvo

Dr. Alberto Marcos

Dr. Antonio Casado

Dra. Celia Gil López

Dra. Margarita Blanco

ÍNDICE DE AUTORES

ALERGOLOGÍA

Pilar Agustín
Isabel Reig Rincón de Arellano
Sonia Vázquez Cortés

CIRUGÍA

Juan Carlos. García Pérez
Esteban Martín Antona
Sandra García Botella
Lourdes Maniegas
Álvaro Robin del Valle

DERMATOLOGÍA

Candelas Prieto, Daniel
Joseph Bertó Miret
María Elena Vargas Laguna
Carmen Rosa García Acebes

APARATO DIGESTIVO

Dr. Ángel Álvarez Sánchez
Cristina Almansa Menchero
Sonia Izquierdo Rubio

GINECOLOGÍA

Fernando Bullón Sopelana
Juana M. Brenes Sánchez
Jorge Ruiz Rodríguez
Eva María Ávila Rodríguez
María Jesús Pérez Molina

NEFROLOGÍA

José Antonio Herrero Calvo
Natividad Calvo Romero

NEUROLOGÍA

Sagrario Manzano
Ana García
Mónica Kurtis
Alberto Marcos

ONCOLOGÍA

Antonio Casado
Belén Loboff de León
Enrique Grande Pulido
Javier Puente Vázquez
Sara López-Tarruella Cobo

PEDIATRÍA

Celia Gil López
Esther Aleo Lujan
Nuria Muñoz Jareño

REUMATOLOGÍA

Margarita Blanco.
Enrique Júdez
Estibaliz Loza
Daniel Clemente

ALERGOLOGÍA

Alergia alimentaria
Asma bronquial
Alergia a medicamentos
Inmunoterapia específica
Rinitis alérgica

ALERGIA ALIMENTARIA

¿Qué es?

Es un proceso mediante el que una persona que toleraba previamente un alimento desarrolla una sensibilización al mismo y acaba convirtiéndose en alérgico a ese alimento.

¿Cómo se manifiesta?

Suele desarrollarse con síntomas cutáneos, digestivos y/o respiratorios.

Afecta a pacientes de cualquier edad, aunque es más frecuente en niños.

Alergias alimentarias más frecuentes

A LECHE DE VACA

Es un problema de la primera infancia que generalmente aparece en los primeros seis meses de vida y desaparece habitualmente entre los dos y cuatro años de edad. En escasas ocasiones persiste durante toda la vida.

Los niños se hacen alérgicos a ciertas proteínas de la leche de vaca cuando se alimentan por biberones de leche artificial, aunque también pueden hacerse alérgicos durante la lactancia materna al estar sensibilizados por los primeros biberones que se dan en el nido tras el nacimiento.

El tratamiento consiste en sustituir la leche de vaca por otra fórmula láctea especializada (hidrolizados¹ de proteínas de leche de vaca o leche de soja).

AL HUEVO

La clara produce más alergia que la yema.

Generalmente desaparece a partir del primer o segundo año, aunque en escasas ocasiones persiste durante toda la vida.

Hay que tener precaución con las vacunas antisarampión, parotiditis y rubeola.

Existen en el mercado vacunas que no contienen clara de huevo.

PESCADO Y MARISCO

Es más frecuente la alergia al pescado blanco (merluza, gallo, pescadilla...) que al azul (sardina, salmón, atún...).

Dentro de los mariscos la gamba es la que produce más alergias.

Se puede tener alergia a una sólo o diferentes especies de pescado o mariscos.

FRUTAS

Las que más frecuentemente producen alergia son las de la familia de las Rosaceae (melocotón, manzana, pera, ciruela,...) y las tropicales.

En muchas ocasiones se relaciona con la alergia al polen, fundamentalmente con el de gramíneas o con la alergia al látex.

FRUTOS SECOS

Es una de las alergias alimentarias más frecuentes.

Se puede tener alergia a uno o a varios.

Es raro que desaparezca con la edad.

Hay que tener especial precaución ya que pueden añadirse a una gran variedad de alimentos como salsas y bollería.

Tratamiento

La clave es identificar el alimento responsable y eliminarlo de la dieta.

El problema es que algunos alimentos (frutos secos, leche,...) pueden encontrarse en productos manufacturados como alergen² ocultos.

Existen recetas especiales para niños alérgicos a alimentos a las que se puede tener acceso a través de Internet en la página www.smclm.com.

ASMA BRONQUIAL

Definición: El asma es una enfermedad pulmonar que consiste en la inflamación de los bronquios, que produce un estrechamiento de las vías respiratorias y una sensibilidad³ aumentada que produce más estrechamiento (broncoespasmo) y aumento de la mucosidad, que alterna con periodos sin síntomas.

Síntomas:

- -silbidos en el pecho
- -secreciones(flemas)
- -dificultad respiratoria
- tos

Clasificación:

-Asma bronquial extrínseco o alérgico: Frecuentemente de inicio en la infancia. Se debe a multitud de sustancias denominadas aeroalergen² (ácaros del polvo, pólenes (gramíneas y olivo) epitelios⁴ e animales, hongos (alternaria, aspergillus...).

-Asma bronquial intrínseco: Suele comenzar en la edad adulta, y es conocido como asma bronquial no alérgico.

Factores que pueden empeorar los síntomas:

- alergen² (pólenes, ácaros, epitelios, hongos...)
- infecciones víricas (catarros)
- irritantes (polución, sustancias químicas, factores climáticos...)
- tabaco
- ejercicio
- frío

Situaciones que requieren asistencia médica urgente:

- Necesidad de uso de inhaladores de forma más intensa de lo habitual sin notar mejoría.
- Dificultad respiratoria en reposo, aumento de despertares nocturnos por asma.
- Si los síntomas empeoran o no mejoran con el tratamiento.

Tratamiento y prevención:**-Control ambiental:**

*ácaros⁵: limpieza a fondo de los dormitorios; uso de fundas especiales para colchones, almohadas y edredones de fibra no permeable para ácaros; evitar la humedad; evitar la presencia de moquetas, peluches y animales.

*pólenes: evitar ir al campo en época de polinización; no viajar con las ventanas del coche abiertas.

*animales: no convivir con animales ni con personas que tengan contacto con ellos.

-**Medicamentos preventivos y curativos:** Se utilizan para mantener al paciente sin síntomas disminuyendo la inflamación, y deben tomarse regularmente.

-Corticoides inhalados⁵budesonida, beclometasona, fluticasona...

-Cromonas inhaladas⁶cromoglicato, nedocromil sódico...

-Inhibidores de leucotrienos⁷montelukast...

-Antihistamínicos orales⁸

-Inmunoterapia: se trata del uso de vacunas como tratamiento curativo y preventivo(ver capítulo específico)

ALERGIA A MEDICAMENTOS

Los medicamentos son sustancias capaces de producir efectos indeseables, es decir, aquellos efectos producidos por un fármaco distintos de la acción esperada del mismo. Dichas reacciones o efectos no esperados se llaman reacciones adversas.

Existen 2 tipos de reacciones adversas:

-efectos predecibles (70-80%): son los efectos secundarios como la gastritis producida por la aspirina, y los efectos colaterales como la somnolencia que pueden producir algunos antihistamínicos.

-efectos impredecibles: como la **alergia a medicamentos**.

¿Por qué se produce la alergia a medicamentos?

*Porque el individuo presenta una respuesta inmune contra dicho medicamento, ya que es algo extraño para el ser humano .

*Para que esto se produzca es necesario que exista un periodo previo de sensibilización ,es decir,la persona tiene que haber probado el medicamento con anterioridad o por lo menos haber tomado una primera dosis.

*La alergia medicamentosa más frecuente en España es la de los antibióticos (58,5%),y a continuación la alergia a antiinflamatorios(39,1%).El antibiótico más frecuentemente implicado es la amoxicilina, que viene dado por su alto consumo en España.Por tanto ,cabe destacar que el uso indiscriminado de medicamentos aumenta la posibilidad de reacciones alérgicas.

Síntomas: Son muy variados y dependen del tipo de medicamento y del individuo.

-Urticaria: habones y ronchas generalizados, en alguna ocasión aparece hinchazón de cara , lengua e incluso labios.

-Anafilaxia: reacción general del organismo que consiste en la aparición de picor en las palmas y plantas, con calor general, erupción en la piel, habones, sensación de lengua gruesa, dificultad para tragar y respirar, pitos en el pecho, fatiga, palpitaciones, vómitos y ansiedad.

Diagnóstico:

1. Elaboración de una historia clínica cuidadosa por un alergólogo, ya que es muy importante constatar los síntomas, tiempo desde la toma del medicamento hasta la aparición de los síntomas, medicamentos que toleraba anteriormente y después de la reacción.

2. Previo consentimiento informado, realizamos pruebas cutáneas frente a los medicamentos que el alergólogo considere oportuno.

3.Provocación oral o intramuscular: prueba que se realiza siempre en un hospital y con personal especializado que consiste en administrarle al paciente(previo consentimiento)el medicamento que le produjo la reacción(si el alergólogo considera que la reacción probablemente no fue alérgica),uno de la misma familia u otro que no sea de la familia.

Conclusiones:

-La alergia a medicamentos no desaparece, sino que permanece toda la vida en el individuo, por lo que una vez diagnosticada, el paciente tendrá prohibido el uso de los medicamentos que le produjeron la reacción, así como los de la misma familia.

-Una persona no nace con la alergia, sino que habrá tolerado sin problemas un medicamento durante años, y posteriormente de repente se sensibiliza y “se hace alérgico”

INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA

***Definición:**

La inmunoterapia consiste en la administración de forma repetida y controlada de alérgenos específicos (sustancias a las que es alérgico el paciente), alcanzando una dosis que sea eficaz, mejorando los síntomas asociados con la exposición posterior al alérgeno causante. Es el único tratamiento capaz de modificar la historia natural de la enfermedad alérgica.

***Indicaciones:**

- Rinitis alérgica por sensibilización a pólenes, hongos, ácaros, animales...
- Asma alérgico.
- Hipersensibilidad a abejas, avispas.

***Contraindicaciones:**

- Pacientes en tratamiento con betabloqueantes⁹ antihipertensivos).
- Asma mal controlado.
- Angina de pecho inestable, infarto de miocardio reciente.
- Hipertensión arterial mal controlada.

***Tipos:**

- Subcutánea: administración en zona lateral del brazo (deltoides), una vez al mes.
- Sublingual: administración de gotas debajo de la lengua según pauta.

***Duración:**

Se recomienda de 3 a 5 años, aunque en cada caso la duración debe individualizarse.

***Tratamiento:**

- Aunque la vacuna es un tratamiento curativo, se deberá utilizar también resto de medicación pautada por su alergólogo, así como evitar el alérgeno en cuestión.
- La inmunoterapia debe ser administrada bajo la dirección de un alergólogo y por personal capacitado para tratar cualquier reacción que se pueda presentar.

***Efectos secundarios de la inmunoterapia:**

- Reacciones locales: como hinchazón y dolor de la zona de administración, que comienzan generalmente a los 20-30 minutos y pueden persistir al día siguiente.
- Reacciones sistémicas: menos frecuentes. Consisten en reacciones graves como broncoconstricción (estrechamiento de los bronquios que producen pitos y falta de aire) urticaria y/o anafilaxia (cuadro muy grave y general consistente en aparición de picor en las palmas y plantas, con calor general, erupción en la piel, habones, sensación de lengua gruesa, dificultad para tragar y respirar, pitos en el pecho, fatiga, palpitaciones, vómitos y ansiedad).

RINITIS ALÉRGICA

¿Qué es?

Es una inflamación de la mucosa nasal que se produce cuando nuestro cuerpo reacciona de forma exagerada frente a alérgenos inhalados, fundamentalmente pólenes, epitelio de animales y polvo.

Puede ser estacional (sobre todo por pólenes) o perenne (por ácaros y epitelios).

¿Qué síntomas produce?

Picor y congestión nasal, agülla nasal y estornudos frecuentes. Se suele asociar a conjuntivitis: picor, lagrimeo, enrojecimiento e inflamación ocular.

Se asocia o evoluciona a asma en un 40% de los casos.

¿Quién la sufre?

Cualquier persona, aunque es más frecuente en niños y jóvenes.

Es la más frecuente de las enfermedades alérgicas, más de un 15% de la población la padece.

Es más frecuente en personas con una predisposición hereditaria a padecer enfermedades alérgicas.

Medidas preventivas

POR PÓLENES:

- Evite salir al campo y jardines en primavera, sobre todo los días cálidos de mucho viento.
- Duerma con las ventanas cerradas.
- En el coche: circule con las ventanillas cerradas. Si monta en bicicleta: use mascarilla.

POR ÁCAROS:

- Evitar todo aquello que pueda acumular polvo (moquetas, alfombras...)
- Ventilar la casa diariamente, efectuar limpieza muy frecuente y pasar un aspirador potente provisto de filtros adecuados, incluyendo muebles y colchones.
- Quitar el polvo con un paño húmedo.
- Lavar las sábanas semanalmente con agua caliente a 60 grados o mediante lavado en seco.
- Evitar la humedad interior de la vivienda.
- Evitar la presencia en casa de animales de pelo o pluma.
- Puede ser útil colocar fundas especiales en colchones y almohadas.
- Es preferible que los colchones sean de fibra sintética (poliuretano).

TRATAMIENTO

El único tratamiento eficaz es la vacuna, es la única capaz de modificar la historia natural de la enfermedad y la evolución hacia asma.

Existen tratamientos sintomáticos, como los antihistamínicos, tanto orales como tópicos y los corticoides tópicos.

CIRUGÍA

Cirugía laparoscópica
Fístulas y abscesos del ano
Hemorroides y su manejo
Hernia inguinal
Estomas y su manejo

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

¿Qué es la laparoscopia?

En la cirugía abierta se abre el abdomen o el vientre y con las manos y los instrumentos se realiza la operación. En la cirugía laparoscópica se opera con instrumentos que se introducen en el abdomen a través de pequeñas incisiones, previa insuflación de aire en la cavidad abdominal.

¿Es un método de diagnóstico?

Es un método que se puede usar para diagnóstico y/o tratamiento.

¿La cirugía es la misma en abierta que en laparoscopia?

Sí. Lo que diferencia fundamentalmente a la cirugía laparoscópica de la cirugía convencional es la manera en la que se accede al interior del abdomen.

¿Puede combinarse con cirugía abierta?

Cuando se combina con una pequeña incisión que permite completar la operación más fácilmente, se denomina “cirugía laparoscópica asistida”.

¿Qué tipo de anestesia requiere?

Las intervenciones de cirugía laparoscópica deben de realizarse bajo anestesia general siempre.

¿Qué se introduce por las incisiones?

A través de una de las pequeñas incisiones (1-2 cm) se introducirá un dispositivo (cámara), el cual está conectado a uno o varios monitores de televisión en los que el cirujano sigue el desarrollo de la intervención. Asimismo, por el resto de incisiones se introduce instrumental necesario para llevar a cabo la intervención.

¿Cuántas incisiones son necesarias?

El número de incisiones necesarias varía tanto en función del tipo de intervención (por ejemplo, para extirpar la vesícula biliar se emplean únicamente tres, pero para cirugía de la obesidad mórbida suelen ser necesarias cinco), como de las dificultades técnicas a lo largo de la intervención, pudiendo ser necesario añadir alguna más si el cirujano lo estima oportuno.

¿Qué es el neumoperitoneo?

En la cirugía laparoscópica se necesita crear un gran espacio dentro del abdomen para poder maniobrar. Esto se consigue en la mayoría de los casos introduciendo aire en el abdomen (neumoperitoneo) o bien, empleando retractores.

¿Qué pasa con el aire cuando termina la operación?

Cuando la operación ha finalizado se saca tanto el instrumental como la cámara, se extrae el aire del abdomen y se suturan las incisiones de entrada.

¿Cómo se saca del abdomen el órgano extirpado?

La extracción del órgano o fragmento no siempre es fácil y puede ser necesario fragmentarla o emplear incisiones accesorias. Se recomienda sacarlo dentro de una pequeña bolsa.

¿Ofrece alguna ventaja?

- Menor agresión al organismo que en cirugía abierta.
- Menos complicaciones en la herida quirúrgica al ser más pequeña.
- Menos adherencias entre las asas del intestino.
- Menor dolor postoperatorio.
- Menor estancia hospitalaria.
- Mejores resultados estéticos.
- Incorporación a la vida laboral antes que tras cirugía abierta.

¿Se requiere experiencia en esta técnica?

Exige contar con un cirujano bien entrenado y con experiencia para que el procedimiento sea completamente seguro. A menudo son intervenciones que requieren gran esfuerzo y concentración para ser realizadas en un tiempo razonable.

¿Es una técnica barata?

Si bien la estancia hospitalaria y el gasto que esta supone, así como la temprana incorporación a las actividades diarias suponen importantes ventajas económicas, la tecnología en general es cara.

¿En qué patologías se emplea?

Como intervenciones más realizadas: vesícula biliar, apéndice y reflujo gastroesofágico.

¿Necesita Consentimiento Informado?

Sí, como cualquier cirugía, especificando que será por laparoscopia.

¿Siempre es posible operar por vía laparoscópica?

Cada enfermedad es distinta y no siempre se manifiesta de la misma manera en todos los enfermos. Del mismo modo, no siempre se puede ofrecer la misma solución a todos los pacientes. La cirugía laparoscópica es una vía para la solución de las enfermedades óptima sólo en aquellos casos en los que se puede emplear. A veces, las peculiaridades anatómicas del paciente, el hecho de haber sufrido otras operaciones abdominales anteriormente o la presencia de enfermedades avanzadas suponen una limitación en su aplicación.

FÍSTULAS Y ABSCESOS DEL ANO

¿Qué son los abscesos y las fístulas de ano?

Los abscesos y las fístulas son manifestaciones de un mismo problema en la región perianal¹². La fístula consiste en una comunicación existente entre el canal anal y la piel de alrededor, mientras que el absceso supone una acumulo de pus en dicha zona, que se puede manifestar como una tumoración.

¿A quién afecta esta patología?

Es más frecuente en hombres, siendo la edad media de aparición entre 20 y 60 años.

¿Qué tipo de fístulas hay?

Dependiendo de la ruta anatómica que sigan se clasifican en diferentes tipos. Pueden ser simples o complejas.

¿A qué se deben?

Existen causas específicas que pueden determinar su aparición, como la enfermedad de Crohn¹³, pero en la gran mayoría de los casos el origen es desconocido.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más comunes?

Suele debutar en forma de absceso (con enrojecimiento, calor y tumoración evidente), con dolor en la región anal espontáneo y al defecar, supuración en ocasiones y si la infección es importante se puede acompañar de fiebre mayor de 38º.

¿Cómo se hace el diagnóstico?

Existen varias formas, puede hacerse mediante la exploración física, con pruebas de imagen (rayos) o incluso en el quirófano.

¿Qué debo hacer ante dichos síntomas?

Acudir al médico de cabecera, que realizará un examen físico que incluirá un tacto rectal para poder detectar abombamientos y/o fluctuaciones en canal anal y región perianal que serán indicativos de absceso. O bien podrá palpar el trayecto fistuloso. Una vez detectado el problema el médico de cabecera deberá remitir al paciente al especialista. De forma urgente si se trata de un absceso perianal o de forma preferente en el caso de fístula.

¿Cuál es el tratamiento del absceso?

En el caso del absceso el tratamiento será siempre el drenaje quirúrgico urgente.

¿Cuál es el tratamiento de la fístula?

Lo mejor es acudir a un cirujano especialista en esta patología, que le realizará una serie de pruebas de imagen para determinar con exactitud el trayecto fistuloso y así poder plantear posteriormente el tratamiento quirúrgico más

adecuado. Dicho tratamiento no es urgente y en el caso de fístulas complejas a veces es muy difícil.

¿Puedo hacer algo para evitar la enfermedad?

Siempre es recomendable seguir medidas higiénico dietéticas, que si bien no previenen la enfermedad pueden mejorarla. Dentro de estas medidas se encuentran el aseo de la zona con baños de asiento en agua tibia y jabón después de la defecación, evitar el estreñimiento tomando una dieta rica en fibras y bebiendo de 2 a 3 litros de agua al día, no reprimir el deseo de ir al baño y la restricción de bebidas y alimentos irritantes¹⁴.

HEMORROIDES Y SU MANEJO

¿Qué son las hemorroides?

Las hemorroides no son varices rectales. Las hemorroides son la salida variable de unas estructuras vasculoelásticas que almohadillan el canal anal a través del ano y están compuestas por arteriolas, venas, músculo liso, tejido conectivo y elástico.

¿Cuántas hemorroides hay?

Por lo general hay tres almohadillas: lateral izquierda, anterior derecha y posterior derecha.

¿Cuál es la función de estas almohadillas?

Gracias a su masa, ayudan a la continencia anal, y durante el acto de la defecación, cuando se llenan de sangre, amortiguan el conducto anal.

¿Cómo pueden ser las hemorroides?

Según la zona donde aparezcan se clasifican en externas e internas, y las internas además se dividen en 4 grados según su severidad, siendo el grado IV las más severas.

¿Son muy frecuentes?

Sólo 5 de cada 100 personas padecerán esta enfermedad, aunque más del 50% de la población tendrá algún síntoma a lo largo de su vida.

¿Qué factores predisponen?

El estreñimiento es el factor más comúnmente implicado. Otros factores son: estar de pie mucho tiempo, herencia, embarazo, diarrea, malos hábitos defecatorios.....

¿Qué clínica tienen?

El síntoma más frecuente es la rectorragia (expulsión de sangre roja y fresca que mancha el papel higiénico o riega la deposición). También puede ocurrir que las hemorroides salgan a través del ano y tengan dificultad para volver a

entrar (prolapso). El dolor es síntoma de una crisis hemorroidal aguda o una patología asociada. Otros síntomas: picor, discomfort, ensuciamiento....

¿Pueden no dar molestias?

Sí, sucede en algunos casos (hemorroides asintomáticas).

¿Se pueden complicar?

Sí, la complicación más frecuente es su trombosis (obstrucción por uno o varios coágulos intravasculares). Produce dolor y a la exploración destaca una zona violácea y dura.

¿Se tratan siempre con cirugía?

No. Existen opciones médicas y además, las hemorroides asintomáticas no requieren tratamiento.

¿Cuáles son las opciones médicas?

- Baños de asiento con agua templada y jabonosa durante 10-15 minutos, 2-3 veces/día y después de cada deposición.
- Añadir fibra a la dieta (20-30 gramos/día).
- Abundante ingesta de líquidos (2-3 litros/día)
- Restricción de alimentos o bebidas irritantes para el recto y canal anal (cafeína, picantes, alcohol...)
- No debe reprimirse el deseo de ir al baño.
- Habituar a ir al servicio de forma regular, a la misma hora todos los días, con tiempo suficiente y sin prisas.
- Analgésicos vía oral o rectal.
- Pomadas y venotónicos¹⁵.

¿Se pueden curar con pomadas?

Las cremas y pomadas van encaminadas a disminuir la clínica en casos agudos, reduciendo el edema e inflamación, pero no hacen que desaparezcan. No sirven para la rectorragia ni para el prolapso. No usar más de 7-10 días.

¿Se pueden curar con venotónicos?

Los venotónicos son medicamentos que aumentan el tono venoso, reduciendo el edema. Pueden mejorar la rectorragia y el dolor, pero tampoco hacen que desaparezcan. No se pueden usar de manera crónica.

¿Cuándo se tratan con cirugía?

El 90% de pacientes con hemorroides que acuden a una consulta de cirugía, es subsidiario de tratamiento médico. La cirugía se recomienda generalmente para las complicaciones, para hemorroides en las que ha fracasado el tratamiento médico y en pacientes con hemorroides sintomáticas de tercer grado (se prolapsan las hemorroides y se pueden reducir manualmente) y cuarto grado (se prolapsan y no se pueden reducir).

HERNIA INGUINAL

¿Qué es una hernia?

Se trata de una patología común, que consiste en un “bulto” que se localiza normalmente en la ingle.

¿Cómo se clasifican las hernias de la región inguinal?

Se dividen en inguinales y crurales. Las inguinales salen a través del orificio inguinal profundo y las crurales a través del orificio crural¹⁶.

¿Son más frecuentes en varones?

Las hernias inguinales son más frecuentes en varones, aunque las hernias crurales son más frecuentes en las mujeres y tienen mayor tendencia a complicarse.

¿Aumenta su incidencia con la edad?

El envejecimiento aumenta su incidencia.

¿A qué se deben las hernias inguinales?

Ocurren en la región de la ingle, debido a debilidad de las estructuras de la pared del abdomen, desprovista del apoyo protector del músculo y debilitada por la presión intra-abdominal. La ingle es una de las áreas débiles naturales de la pared del abdomen y el sitio más común de herniación abdominal.

¿Las hernias producen síntomas siempre?

Algunos pacientes tienen hernias pero no son conscientes hasta que acuden al médico, ya que a veces en etapas tempranas pueden no producir síntomas.

¿Qué síntomas suelen dar?

Cuando producen síntomas estos van desde molestias inespecíficas (fundamentalmente dolor), hasta un cuadro de obstrucción intestinal que se acompaña de dolor intenso, imposibilidad para la defecación y vómitos.

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes?

La incarceration¹⁷, cuando no se pueden reducir pero no hay compromiso vascular, y la estrangulación cuando no se pueden reducir y además hay compromiso vascular. El cuadro típico es el de una obstrucción intestinal, y constituye una urgencia quirúrgica.

¿Cómo se diagnostican?

Para el diagnóstico, con frecuencia basta con palpar la zona de la ingle y apreciar un “bulto” que se reduce con la presión y que aumenta con la tos y el esfuerzo.

¿Cómo se tratan?

En general todas las hernias deben repararse de forma quirúrgica.

Existen múltiples técnicas al alcance del cirujano, que elegirá en función del tipo de hernia y de su experiencia. Cabe destacar la importancia que ha

adquirido en los últimos años la posibilidad de reparación mediante la colocación de mallas en la pared abdominal (hernioplastia).

¿Se pueden reproducir las hernias?

Ninguna de las técnicas asegura un resultado exitoso en todos los casos, ya que pueden reproducirse con el paso de los años a pesar de que la reparación fuese adecuada.

¿Qué utilidad tienen los bragueros?

Los bragueros y cinturones quirúrgicos son útiles en el tratamiento de las hernias pequeñas cuando está contraindicada la cirugía.

ESTOMAS Y SU MANEJO

¿Qué es un estoma?

Llamamos estoma a la comunicación del tubo digestivo o del sistema urinario con el exterior, a través de la piel.

¿Dónde se hace un estoma?

Normalmente se encuentra localizada en la pared abdominal.

¿Para que sirve?

A través de él se realiza la excreción, ya sea de heces o de orina, en lugar del orificio natural destinado a ello (el ano o la uretra, respectivamente).

¿Qué tipos de estoma existen?

Según el segmento de tubo digestivo que sea abocado¹⁸: pueden ser esofagostomías (esófago), gastrostomías (estómago), duodenostomías (duodeno), yeyunostomías (yeyuno), ileostomías (ileon) y colostomías (colon).

¿Cuándo deben realizarse?

El cirujano es el que decide cuándo y dónde se debe realizar el estoma, y siempre que sea posible debe informar al paciente antes de la intervención. Los estomas se utilizan tras una intervención quirúrgica donde se extirpa el ano, en resecciones intestinales con uniones de riesgo entre los segmentos intestinales y a veces para alimentación a través del intestino.

¿Existe otra alternativa al estoma?

Generalmente no. Cuando un cirujano decide hacer un estoma, es por que considera que es necesario para evitar complicaciones mayores o para la vida del paciente.

¿En que patologías son más frecuentes?

Esto es más frecuente en tumores del colon, enfermedad inflamatoria intestinal o peritonitis causadas por perforaciones intestinales.

¿Son para toda la vida?

El empleo de un estoma puede ser un recurso temporal o definitivo. Si durante la intervención se considera que tras extirpar un segmento del tubo digestivo no se puede restablecer la continuidad, o aunque se haga en ese momento se desea

proteger la cicatrización de la zona de unión, se utilizará un estoma temporal. Si en la intervención se extirpa también el ano, o pierde su función, será un estoma definitivo.

¿Cómo debe ser el aspecto de un estoma?

El aspecto del estoma es el de un orificio cuyas paredes son de color rosado, por donde se expulsan gases y heces. Si usted es portador de un estoma, sepa que en la inmensa mayoría de los casos podrá realizar todos los cuidados que precisa sin ayuda de otras personas. Para ello, recibirá información y entrenamiento del personal encargado de su atención.

¿Las ileostomías requieren algún cuidado especial?

Hay que señalar que si usted es portador de una ileostomía tendrá una mayor pérdida de líquidos, que debe reponer con una mayor ingesta.

¿Quién debe enseñarnos su manejo?

Normalmente es el personal de enfermería quién le enseñará las medidas de higiene que precisa el estoma. Asimismo, debe aprender a manejar la bolsa que se encuentra adherida a la piel alrededor del estoma y ser capaz de cambiarla. En muchos centros hospitalarios existe personal de enfermería especializado en estomaterapia. De forma coordinada con el personal de enfermería, le enseñarán el manejo y cuidados del estoma, y se ocuparán de los aspectos específicos de cada paciente. Es muy importante que cualquier duda o problema que se plantee lo exprese a su cirujano o al personal de enfermería.

¿Por llevar un estoma voy a oler mal?

Es posible que le preocupe el asistir a determinados eventos sociales (normalmente por la emisión de gases u olores no controlada). Durante su entrenamiento aprenderá que los dispositivos actuales son muy eficaces para mantener aislados los posibles olores. Asimismo, aunque a priori no existe ninguna limitación en la dieta, comprobará como determinados alimentos tienen un mayor efecto astringente y pueden ayudar a reducir la emisión de gases.

¿Puede cambiarme la vida por ser portador de un estoma?

Es lógico que, sobre todo al principio, exista preocupación y reservas acerca de cómo va a afectar el ser portador de un estoma a la vida cotidiana. Debe saber que el estoma en sí mismo no va a impedir la integración social, laboral y afectiva.

¿Puede afectar mi vida sexual y afectiva?

Algunas personas portadoras de estoma ven afectada su vida en la esfera afectiva y sexual. Es muy importante que si esto sucede, plantee el problema a su cirujano o al personal de enfermería. Muchas veces, estos problemas se solucionan eficazmente, incluso con apoyo psicológico si es necesario. No debe renunciar a una vida plena en todos los aspectos únicamente por creer que un estoma se lo va a impedir.

DERMATOLOGÍA

Acné
Alopecia
Cáncer cutáneo
Dermatitis seborreica
Eccema. Dermatitis atópica
Herpes genital
Hirsutismo
Infecciones cutáneas por hongos
Pitiriasis rosada de Gibert
Psoriasis
Verrugas víricas
Urticaria

ACNÉ

¿Qué es el acné?

Es una enfermedad de la piel causada por la obstrucción e infección de las glándulas productoras de sebo. Afecta al 80% de la población adolescente, en la que los niveles de hormonas masculinas son elevados. Es más frecuente y severo en chicos.

¿Qué causa el acné?

Hay varios factores: componente genético, producción de hormonas masculinas (andrógenos que favorecen el exceso de sebo), obstrucción de los folículos pilosebáceos, sobreinfección por gérmenes habituales de la piel e, incluso, factores ambientales. Dentro de estos, destacan: maquillajes con componente graso, stress, menstruación, "tocarse los granos" y excesiva exposición solar. No se ha visto que el chocolate esté implicado, pero hay algunas personas que lo relacionan.

¿Cómo y dónde se ve el acné?

Existen varios tipos de lesiones: comedón abierto o "puntos negros o espinillas", comedón cerrado o "puntos blancos", pústulas o "granos" y también quistes. Estos últimos pueden dejar cicatrices residuales irreversibles. Cada una de estas lesiones y su intensidad determinan distintos tipos de acné. El más frecuente es el vulgar, que engloba comedones cerrados y abiertos.

Aparece donde hay más glándulas sebáceas: cara, cuello, hombros, pecho y espalda.

¿Cómo se trata el acné?

Debe tener en cuenta que es transitorio y que se curará con el paso de los años. El objetivo es controlar el acné y que haya el menor número de cicatrices posibles. Debe evitar los factores externos reseñados arriba y realizar una higiene de la piel con productos adecuados para pieles acnéicas.

Para los diferentes tipos puede utilizar diversos tratamientos: tópicos²⁴ (sobre la piel) y sistémicos (pastillas). De los primeros, destacan retinoides como la tretinoína y adapaleno, peróxido de benzoilo, antibióticos tópicos (eritromicina, mupirocina), jabones neutros o de ácido láctico.

También puede precisar tratamiento con antibióticos o retinoides orales. De entre los antibióticos, tenemos principalmente doxiciclina o minociclina. En acné nódulo-quístico o en el que no responde a varios tratamientos podrá utilizar isotretinoína por vía oral. Al principio, puede provocar un empeoramiento del acné, aunque acaba siendo muy efectivo. Provoca ciertos efectos secundarios (sequedad de piel, ojos y sobre todo labios, sangrado por la nariz, enrojecimiento tras la exposición solar) que no son graves y suelen disminuir a lo largo del tratamiento.

El tratamiento durará alrededor de 6 meses dependiendo de la dosis. Si es mujer deberá utilizar un método anticonceptivo eficaz, dado que puede provocar lesiones

importantes en los fetos. Es más, debe seguir administrándose hasta 1 mes después de acabar el tratamiento, pues la isotretinoína puede seguir teniendo efecto.

ALOPECIA

¿Cuál es el ciclo normal del crecimiento y caída del cabello?

En cualquier momento, el 10% del cabello está en fase de reposo. A los 2 o 3 meses, el cabello en reposo cae y en su lugar comienzan a crecer nuevos pelos durante un periodo de 2 a 6 años. Por lo tanto, es normal la pérdida de algunos pelos (hasta 100) diariamente.

¿Qué provoca la alopecia?

Existen varios tipos de disminución de la cantidad de pelo o alopecia. El más frecuente es la alopecia androgénica²¹ o calvicie común relacionada con factores hormonales y genéticos. Es más frecuente en hombres. Se inicia en la frente, donde aparecen las "entradas". Posteriormente aparece la coronilla, pudiendo progresar hasta una caída casi total del cabello. En mujeres, se presenta de forma más difusa.

Algunos trastornos hormonales, todos ellos curables, pueden causar alopecia como es el caso de la hiperfunción de la glándula tiroides o desequilibrios de hormonas sexuales masculinas y femeninas. En relación con estas últimas hormonas, también es frecuente caída de pelo 3 meses después del parto o por el uso de pastillas anticonceptivas.

Hay otros tratamientos que también provocan alopecia: anticoagulantes, quimioterápicos (usados contra el cáncer) y algunos antidepresivos. Una vez se suspenden los medicamentos, se mejora la pérdida de cabello.

Algunas infecciones, sobre todo por hongos, pueden provocar alopecia. Son fácilmente tratables con antifúngicos²².

El uso de objetos que tiren del pelo pueden favorecer una alopecia traccional. Las quemaduras, dependiendo de su profundidad, pueden dejar cicatrices alopécicas irreversibles.

Hay determinadas enfermedades sistémicas (que afectan a todo el cuerpo) que presentan pérdida de cabello, por ejemplo, diabetes y lupus eritematoso sistémico²³. La alopecia puede ser un síntoma precoz, por lo que es importante encontrar la causa para que pueda ser tratada.

¿Tiene solución la calvicie común?

No existen tratamientos curativos. En momentos iniciales, pueden enlentecer o incluso mejorar la caída del cabello. El Minoxidil es una solución para el cabello. Puede ser utilizada tanto por hombres como por mujeres. Debe ser aplicado mediante un masaje en la zona de aplicación y manteniendo larga constancia. Sus efectos los notará al cabo de unos meses. Solamente puede impedir la caída, pero no recupera cabello. Ocasionalmente, durante su aplicación, puede notar mareos.

El fármaco que se ha visto más eficaz es el Propecia. Sólo lo pueden usar hombres. Es una pastilla, cuyo uso prolongado frena la caída, incluso puede repoblar algunas áreas. En todo caso, se trata de pelo "prestado", que desaparecerá una vez se suspenda. El fármaco necesita de receta médica, aunque no lo cubre la Seguridad Social. Los principales efectos adversos son sexuales (disminución del deseo sexual e impotencia), que pueden aparecer en un pequeño porcentaje de casos. Son efectos totalmente reversibles. Por todo esto, es conveniente que, cuando vaya a usarlo, consulte con un dermatólogo..

Otro tratamiento que se ha mostrado eficaz es el trasplante de cabello, cuyos resultados cosméticos han mejorado mucho en los últimos años.

CÁNCER CUTÁNEO

¿Qué es el cáncer cutáneo?

Existen dos tipos principales de cáncer cutáneo:

El melanoma es un tumor maligno originado en los melanocitos, que son unas células que producen melanina (pigmento que absorbe los rayos ultravioleta). Los melanocitos se localizan en la piel, los pelos, los ojos, el sistema nervioso central, las mucosas y el oído.

Los epiteliomas cutáneos son tumores malignos originados en la epidermis (capa más superficial de la piel) y/o sus anejos (foliculos pilosebáceos y glándulas sudoríparas). Los más frecuentes son el carcinoma de células basales o epitelioma basocelular y el carcinoma de células escamosas o epitelioma espinocelular. Constituye el grupo de tumores malignos más frecuente en el ser humano.

¿Qué es el melanoma?

Se trata de un tipo de cáncer originado en los melanocitos. En la mayoría de los casos se localiza en la piel, aunque también pueden producirse en mucosas, los ojos, aparato digestivo, sistema nervioso, etc. El melanoma es un cáncer peligroso. La supervivencia del paciente depende en muchos casos de la

detección y tratamiento precoces, por lo que es fundamental detectar el melanoma cuanto antes.

¿Qué es un epiteloma basocelular?

Se trata de un tumor cutáneo maligno que se origina en las células basales (las células más profundas) de la epidermis o de sus anejos, y crece lentamente con posibilidad de destrucción local, pero rarisísimamente metastatiza (diseminación en órganos alejados del tumor original). Son los epitelomas cutáneos más frecuentes (50-75% de los casos).

El 80% se localizan en la cabeza y el resto, por orden de frecuencia en cuello, tronco, extremidades y genitales. Son más frecuentes en el varón y se suelen presentar en torno a los 50 años de edad. Suelen aparecer sobre piel sana. El epiteloma basocelular no es un cáncer peligroso pero debe ser tratado para evitar que continúe creciendo.

¿Qué es el epiteloma espinocelular?

Se trata de un tumor cutáneo maligno derivado de una capa de la epidermis. El crecimiento es habitualmente más rápido que el del basocelular y tiene capacidad de producir destrucción local y metástasis por vía linfática y sanguínea.

Al contrario que el basocelular aparece casi siempre sobre alguna lesión precancerosa. Es el segundo tumor cutáneo maligno más frecuente. Afecta a la piel, mucosas y semimucosas. Es más frecuente en zonas del cuerpo expuestas a la luz solar, particularmente la cara (mejillas, orejas y semimucosa del labio inferior), seguido de las extremidades superiores, tronco y las extremidades inferiores. Típicamente afecta a varones entre los 40 y 50 años, aunque también puede darse en personas más jóvenes.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Hay una serie de factores que aumentan el riesgo de desarrollar un cáncer de piel. Estos factores determinan que existan grupos de personas con mayor probabilidad de desarrollarlo. Entre ellos cabe destacar:

- El factor causal más importante es la exposición solar en sujetos racialmente predispuestos.
- Las personas que están expuestas de forma importante a la radiación solar pueden desarrollar cáncer de piel en edades tempranas de la vida (20-30 años de edad).
- Las personas de piel blanca, pelo rubio o pelirrojo y con ojos claros (verdes, azules y grises) sufren mayor riesgo de padecer un melanoma. La piel de las personas blancas es más sensible y más propensa a ser dañada por los rayos del sol.

- Presencia de nevos (lunares) atípicos (nevos mayores de 6 milímetros de diámetro, asimétricos, con bordes irregulares, con diferentes colores en su interior y con elevaciones) Estos nevos son más propensos a convertirse en malignos.
- Presencia de nevos atípicos en gran cantidad. Cuanto mayor sea el número mayor será el riesgo. Igualmente a mayor tamaño mayor riesgo.
- Presencia de nevos congénitos (presentes desde el nacimiento) Los gigantes (mayores de 20 centímetros) son los que conllevan mayor riesgo.
- Efélides (pecas) A mayor número mayor riesgo.
- Tener antecedentes familiares (de nevos atípicos, de melanoma o de ambas cosas) Puede heredarse genéticamente una mayor predisposición a padecer melanoma.
- Haber padecido una o más quemaduras severas por el sol. Especialmente si se han sufrido en la infancia o la adolescencia pues el efecto de la irradiación solar es acumulativo.
- La ausencia de bronceado ante la exposición solar.
- Haber estado expuesto muchas horas a rayos ultravioleta (sol, UVB, UVA) aunque se tenga la piel totalmente bronceada.

¿Cuáles son los signos de alarma?

En general hay que vigilar todas aquellas lesiones cutáneas que aparecen nuevas y observar si tienen tendencia a la curación o por el contrario crecen o no terminan de curar. También es necesario vigilar los lunares. Deben prestarse atención a cambios en el tamaño, color, forma y a la aparición de síntomas como el dolor, picor o sangrado espontáneo. El diagnóstico precoz en el melanoma es de vital importancia.

¿Cómo se diagnostica el cáncer de piel?

En algunas ocasiones no es necesario realizar ninguna prueba puesto que el diagnóstico se basa en la clínica. Cuando se plantean dudas sobre la naturaleza maligna de un tumor, se puede recurrir a diferentes pruebas diagnósticas como la microscopía de epiluminiscencia o la biopsia cutánea.

¿Cómo se trata el cáncer de piel?

Su médico determinará el tratamiento adecuado dependiendo del tipo y estadio del tumor, así como de otros factores como su estado de salud y edad.

EPITELIOMAS

Generalmente el tratamiento suele ser con cirugía, siempre que el tamaño de la lesión y la localización permitan la total eliminación del tumor y un resultado cosmético adecuado, o, al menos, no peor que el obtenido por otros procedimientos. La cirugía permite además el estudio completo de todo el tumor a través del microscopio. Otros procedimientos utilizados serían: crioterapia (tratamiento con frío), radioterapia (tratamiento con radiaciones ionizantes), etc.

MELANOMA

Existen varios tratamientos, que pueden utilizarse de forma combinada:

Cirugía

El tratamiento quirúrgico consiste en la total extirpación del tumor junto con una parte del tejido sano que hay a su alrededor. Así, se evita que el cáncer se reproduzca si ha invadido zonas cercanas. La extirpación quirúrgica es el tratamiento más común para esta enfermedad. La cantidad de tejido que se extirpa depende de la profundidad y el grosor del melanoma. Es importante tener en cuenta la eficacia de la cirugía: cura el melanoma si este es inicial y, por tanto, la decisión de extirparlo debe prevalecer sobre los criterios estéticos.

Quimioterapia.

Consiste en la administración de fármacos anticancerígenos. Pueden establecerse combinaciones de varios fármacos para incrementar su eficacia, e incluso aplicarse localmente. Se utiliza cuando hay extensión del melanoma desde el lugar de origen a otras partes del cuerpo.

Inmunoterapia

Consiste en aumentar las defensas del cuerpo ante la enfermedad. Las sustancias más utilizadas son los interferones. Han demostrado ser útiles como tratamiento postquirúrgico en los melanomas con alto riesgo de recaída.

Radioterapia

Es el uso de radiación de alta intensidad para destruir las células cancerígenas y detener su crecimiento. En el caso del melanoma, sólo se utiliza para tratar metástasis (diseminación a otras partes del cuerpo) en los huesos o en el cerebro.

DERMATITIS SEBORREICA

¿Qué es?

Se trata de un proceso inflamatorio de la piel que afecta a determinadas áreas de la misma y que tiene un curso crónico con periodos de remisión y de brotes. Se caracteriza por la aparición de enrojecimiento y escamas amarillentas

gruesas que se localizan fundamentalmente en cara, cuero cabelludo, parte superior del tronco y pliegues, aunque puede afectar a otras zonas del cuerpo. Suele dar a la piel un aspecto graso.

¿Por qué se produce?

La causa es desconocida. Se cree que puede estar implicado un hongo (*Pityrosporum ovale*), que se encuentra de forma habitual en la piel pero que está incrementado en esta enfermedad.

También se relacionan los brotes de la enfermedad con el estrés y la ansiedad, y con determinadas enfermedades neurológicas como el Parkinson y la epilepsia, así como procesos donde se toman fármacos como el haloperidol²⁵ y la dopamina²⁶.

Además es más frecuente en las personas inmunodeprimidas, como en el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

¿A quién afecta?

Existen dos tipos de dermatitis seborreica, una infantil, que afecta a lactantes a partir de las primeras semanas de vida, y que comienza por la aparición de escamas gruesas amarillentas en el cuero cabelludo (también denominado costra láctea) y que posteriormente se extiende al resto de la cara. También puede aparecer en el área del pañal.

El otro tipo aparece en adultos jóvenes, sobre todo en los de origen celta²⁷, y se caracteriza por la aparición de enrojecimiento con escamas untuosas²⁸, gruesas y amarillentas localizadas sobre todo en la zona de las cejas, párpados, alas nasales y a nivel de orejas, así como en la zona del esternón y pliegues. En el cuero cabelludo se observa caspa en los casos más leves y en los más graves presentan además enrojecimiento.

En adultos, la enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres.

¿Cómo evoluciona?

Se trata de un proceso crónico de la piel con periodos de brote y otros de mejoría incluso con desaparición total de las lesiones. Se relacionan los brotes con el estrés y la ansiedad, así como con determinadas comidas, especialmente aquellas ricas en grasas e hidratos de carbono y las muy condimentadas.

¿Es contagioso?

De ninguna manera, se trata más bien de algo endógeno²⁹ al propio individuo.

¿Cómo se trata?

La dermatitis seborreica del cuero cabelludo, debe tratarla, cuando es leve, con champús anticaspa que contengan ketoconazol³⁰, alquitranes³¹, sulfuro de selenio o pitirionato de zinc³². Estos champús puede utilizarlos dos o tres veces por semana dejándolos actuar durante cinco minutos antes de aclarar. En los

casos más graves, cuando existe enrojecimiento, tendrá que asociar corticoides tópicos²⁴.

La dermatitis seborreica que afecta a la cara y pliegues la tratará en los periodos de brote con corticoides tópicos de potencia baja, del tipo hidrocortisona al 2.5 % o al 1 % en cremas o pomadas. El uso de corticoides lo mantendrá durante tres o cuatro días para posteriormente usar como mantenimiento diversas cremas y lociones.

Cuando la dermatitis seborreica afecta a otras zonas del cuerpo, puede tratarla de la misma manera que en la cara, pero con corticoides tópicos de potencia más alta en cremas durante tres a cinco días.

En niños, la costra láctea la tratará con aceite de oliva o vaselina líquida y, si no es suficiente, aplicará lociones con ácido salicílico al 2 %.

ECCEMA. DERMATITIS ATÓPICA

¿Qué es el eccema?

Es una reacción de intolerancia de la piel frente a diferentes agentes que actúan desde fuera o desde dentro del organismo. Su síntoma principal es el picor. Es un proceso evolutivo que pasa por diferentes etapas apareciendo vesículas que se rompen fluyendo líquido de ellas, posteriormente aparecen costras y descamación, y finalmente, si se cronifica, aparece un engrosamiento de la piel. No todos los eczemas pasan por todas las etapas. El eczema es una de las manifestaciones más frecuentes de la dermatitis atópica.

¿Qué es la dermatitis atópica?

Es una enfermedad inflamatoria cutánea caracterizada por la forma y distribución de las lesiones, su curso crónico y recurrente (reaparición de los síntomas después de una remisión) y por producir intenso picor. Con frecuencia existen antecedentes personales y/o familiares de atopia (estado en el que el organismo reacciona de un modo más enérgico que lo normal frente a diferentes estímulos). Fenómenos de atopia serían el asma, rinitis y conjuntivitis alérgicas, dermatitis atópica, etc.

Es mucho más frecuente en la infancia, donde se considera que alrededor del 8% de los niños pueden padecerla. Se está observando un incremento de estos porcentajes en el momento actual.

¿Qué causa la dermatitis atópica?

Está causada por una combinación de factores genéticos y factores ambientales:

- Factores genéticos. Suele afectar a otros miembros de la familia. Es probable que un niño con dermatitis atópica tenga otros signos de atopía como: asma, rinitis, conjuntivitis alérgica, etc., o que estos aparezcan en algún familiar. Se han relacionado varios genes con la dermatitis atópica aunque la conexión aún no está clara.
- Factores ambientales.
- Ácaros del polvo.
- Determinadas infecciones producidas por bacterias o virus.
- Factores psicológicos y sociales (estrés).
- Determinados alimentos como la leche de vaca, huevos, etc.
- Sustancias inhaladas (pólenes).
- Sustancias irritantes que actúan sobre la piel.

¿Cuáles son los síntomas?

Pueden ser muy variables e incluso cambiantes en una misma persona. Clásicamente se establecen 3 fases:

- Fase del lactante: hasta los 2 años de edad.
- Fase infantil: entre los 4 y los 10 años de edad.
- Fase del adolescente o adulto joven: desde los 12 años hasta la tercera o cuarta décadas de la vida, siendo excepcional en edades más avanzadas.

El picor es el síntoma principal y frecuentemente se observan lesiones por rascado. En la fase del lactante predominan las lesiones eczematosas, siendo la cara la zona más afectada.

En las fases infantil y del adulto predominan las lesiones de prurigo (lesiones de pequeño tamaño redondeadas, sobreelevadas, con una vesícula o una costra central y que pican mucho) y el engrosamiento de la piel, localizándose típicamente en los pliegues de los codos y de las rodillas, pudiendo afectarse también otras zonas.

La piel suele presentar un aspecto de sequedad tanto en las fases activas como en las remisiones.

Las personas afectadas están especialmente expuestas a infecciones cutáneas por bacterias (*Staphylococcus aureus*), virus (herpes simple, molusco contagioso, papilomavirus) y hongos.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se realiza en base a la historia clínica y a la forma y distribución de las lesiones, que varían según la edad de presentación de la enfermedad. En ocasiones se pueden realizar algunas pruebas complementarias para identificar posibles factores desencadenantes.

¿Cómo se trata?

No hay cura para la dermatitis atópica. Todas las medidas higiénicas generales y los tratamientos tópicos (aplicados directamente sobre la piel) o sistémicos (generales), son sintomáticos, dirigidos a eliminar los diferentes factores desencadenantes y, en fase de actividad a controlar la inflamación, el picor y la sequedad de la piel. El tratamiento depende de los hallazgos cutáneos en un período dado.

- Control de la inflamación. Puede utilizar corticoides tópicos. Reducen la severidad de la dermatitis atópica en pocos días. Algunas veces se combinan con agentes antibacterianos cuando las lesiones están sobreinfectadas. En casos graves y durante breves períodos se utilizan de forma sistémica. Utilizados de forma apropiada son seguros y raramente producen algún problema.
- Control del picor. Utilizará antihistamínicos H1. Sólo son efectivos los que tienen un efecto sedante.
- Disminución de la sequedad cutánea. Sustancias emolientes³³ (forman una capa oleosa en la superficie de la piel que retiene agua) Reducen la inflamación y aumentan la efectividad de otros tratamientos como los corticoides. Serían la urea, avena, vaselina, etc.
- Inmunosupresores (sustancias que frenan el sistema inmune) Se utilizan la ciclosporina, azatioprina, el tacrolimus, el pimecrolimus, etc.

¿Qué tratamientos adicionales pueden ser necesarios?

- Antibióticos. Se utilizan cuando hay una infección bacteriana de las lesiones, generalmente producida por la bacteria *Staphylococcus aureus*, que causa unas costras amarillentas sobre las zonas afectadas. Se utilizan generalmente penicilinas (cloxacilina) o macrólidos (eritromicina)
- Antivirales. Sobre todo se infectan por el virus del herpes simple. Se utiliza el aciclovir³⁴ o derivados. En el caso de moluscos contagiosos se pueden tratar de varias maneras (curetaje con cucharilla, crioterapia, etc.)
- Fomentos (aplicación de sustancias húmedas). Se utilizan cuando el cuadro es muy agudo, con lesiones exudativo-costrosas. Las más utilizadas son el sulfato de cobre, sulfato de zinc, permanganato potásico, etc. a diferentes concentraciones.

¿Qué puedo hacer yo mismo?

- Una de las principales medidas es mantener la piel hidratada aplicando una crema emoliente adecuada con capacidad para restaurar la piel dañada. Aplíquela tantas veces como sea necesario para asegurar la

correcta hidratación y restauración de la piel. Es preferible aplicar una crema sin perfume para evitar las posibles irritaciones que este tipo de sustancias puedan ocasionar.

- Evite las temperaturas extremas (la ideal es alrededor de 20 °C) y los cambios bruscos de temperatura, así como los ambientes excesivamente secos.
- En casa, es recomendable que ventile correctamente las habitaciones y que evite la presencia de animales domésticos (perros, gatos, pájaros, etc.) y de plantas. En el dormitorio debe evitar objetos que almacenen polvo (cojines, alfombras, muñecos de peluche, etc.) y utilizar el aspirador en lugar de barrer, realizando las operaciones de limpieza cuando el niño esté ausente.
- Uno de los posibles factores desencadenantes es el estrés, por lo que en la medida de lo posible, deberá evitar situaciones que lo provoquen.
- Puede bañarse en el mar o en la piscina pero a la salida del agua se deberá secarse correctamente y aplicarse una crema emoliente. Es aconsejable que se aplique un protector solar adecuado mientras esté expuesto al sol.
- Su piel es seca e hipersensible, por lo que muchos tejidos empeoran las lesiones. Es conveniente que utilice ropa "suave" de algodón, hilo o pana y evite lana y tejidos sintéticos debido a que son ásperos y pueden irritarle la piel.
- No utilice calzado deportivo durante tiempo prolongado.
- No se abrigue en exceso y procure utilizar calcetines y medias de algodón evitando el nylon o la fibra.
- La ropa de cama (sábanas, almohadas) debe ser de algodón, es aconsejable que la lave previamente y evite que la almohada sea de plumas.
- Debe lavar la ropa con detergentes suaves y evitar el empleo de lejías. Evite el empleo de suavizantes textiles que son productos irritantes.
- Evite también los baños prolongados y con agua muy caliente. Debe secarse la piel con suavidad y sin frotar.
- Utilice productos suaves "sin jabón" y ligeramente ácidos.
- Tras el baño (idealmente a temperatura templada y durante un máximo de 20 minutos) aplique cremas emolientes adecuadas que hidraten y restauren su piel.
- Evite actividades que provoquen sudoración excesiva.
- Debe aplicar el maquillaje sobre la piel perfectamente hidratada con emolientes adecuados.

- Utilice guantes de goma o algodón para realizar las tareas domésticas.
- Procure eliminar los alérgenos alimentarios o inhalantes si hay una clara relación entre la aparición de las lesiones y el contacto con el alérgeno. Los alimentos peor tolerados son el huevo, chocolate, plátanos, leche de vaca, naranja, melocotón, pescado azul, productos picantes y frutos secos.

HERPES GENITAL

¿Qué es el herpes genital?

Es una infección de transmisión sexual. Los síntomas incluyen vesículas dolorosas que se rompen, dando lugar a úlceras en la región genital.

La infección por el virus del herpes pasa por distintos estadios:

-Primera fase: Comienza 2-10 días tras el contagio. Aparecen vesículas dolorosas, de pequeño tamaño, con una base de color rojo en genitales. Las vesículas se rompen fácilmente dando lugar a úlceras dolorosas. En algunos casos no se aprecian las vesículas. Puede aparecer fiebre, malestar general y ganglios aumentados de tamaño a nivel de la ingle. Hay otras personas que no tienen ningún síntoma durante esta fase.

-Segunda fase (de latencia): En esta fase no hay lesiones ni síntomas. El virus viaja desde la piel por los nervios a unos ganglios cercanos a la médula espinal.

-Tercera fase: En esta fase los virus pueden pasar a los fluidos corporales (saliva, semen, fluido vaginal) y contagiar la enfermedad.

-Cuarta fase o recurrencia: Consiste en la aparición de vesículas y úlceras dolorosas en región genital. Normalmente los síntomas son más leves que la primera vez. Las recurrencias se producen por estrés, exposición solar, menstruación, alteración de la inmunidad. El número de recurrencias suele disminuir con el tiempo.

¿Cuál es la causa del herpes genital?

El herpes genital está causado por el virus herpes simple (VHS). Hay dos tipos de virus herpes que pueden producir infección genital, son el tipo 1 y con mayor frecuencia el tipo 2³⁵. La infección por herpes es muy frecuente. Es la causa más frecuente de úlcera genital en los países occidentales.

¿Es contagioso el herpes genital?

Sí. Se transmite por contacto directo con las lesiones, a través de una herida de la piel, boca, pene, vagina, cerviz, ano o tracto urinario. El herpes se puede contagiar de una persona a otra o de una parte del cuerpo a otra en una misma

persona. Es más fácil contagiarse si existen vesículas o úlceras, pero se puede adquirir la infección en cualquier momento, aunque no haya síntomas.

No hay ningún momento completamente seguro para no contagiar el herpes. Evita las relaciones sexuales si tienes vesículas o úlceras. Usa siempre preservativo durante las relaciones sexuales porque evita el contagio en las zonas cubiertas por este.

¿Cuáles son las complicaciones del herpes genital?

La presencia de úlceras facilita el contagio de otras enfermedades de transmisión sexual³⁷ (VIH³⁶; sífilis...).

Si estas embarazada y tiene un herpes genital, díselo a tu médico. El niño habitualmente está seguro dentro del útero. Si tienes úlceras o vesículas en el momento del parto, probablemente tu médico decidirá la realización de una cesárea, para evitar el contagio de recién nacido a su paso por el canal del parto. Debes evitar el contagio durante el embarazo, porque la probabilidad de que el feto se contagie es alta.

¿Existe tratamiento para el herpes genital?

No hay tratamiento que cure la infección, pero hay medicamentos que acortan la duración y previenen las recurrencias.

Puedes tomar analgésicos para el dolor (paracetamol, ibuprofeno, aspirina...). Debes mantener la zona limpia y seca para evitar que se infecten las úlceras. Utiliza ropa amplia y de algodón para reducir las molestias.

Existen algunos tratamientos (aciclovir, valaciclovir, famciclovir³⁴) que tu médico te recetará si es necesario para acortar el tiempo de duración de las lesiones y para prevenir nuevas recurrencias, si estas son muy frecuentes.

HIRSUTISMO

¿Qué es el hirsutismo?

Es la aparición de pelo terminal (más espeso y oscuro) en localizaciones típicamente masculinas tales como cara, pecho, abdomen y espalda. Se suele ver en mujeres, aunque también se da en hombres cuando hay exceso de pelo. A veces se acompaña de acné, trastornos menstruales, calvicie, voz más grave, etc.

¿Qué causa el hirsutismo?

Normalmente es un problema de las hormonas sexuales masculinas (andrógenos), por niveles altos o por hipersensibilidad a su acción sobre los folículos pilosos³⁹. También puede ocurrir por la toma de anabolizantes esteroideos⁴⁰, ciertas hormonas y anticonceptivos. Muy raramente, se relaciona con tumores.

¿Es un problema grave?

En principio no. Suele ser estético. Se puede acudir al médico de familia para el estudio de la causa y posterior tratamiento. Si precisa de pruebas más exhaustivas, deberá recurrir a un especialista.

¿Qué tratamientos se pueden seguir?

Dependiendo de la causa. Si se debe a fármacos, tendría que suspenderlos. Si se relaciona con la obesidad, deberá perder peso. Hay dos tipos de tratamientos: sistémico (con fármacos) y cosmético, pudiendo combinar ambos.

Dentro de los medicamentos, destacan algunos anticonceptivos y fármacos antiandrogénicos⁴¹, que interfieren en los efectos de las hormonas masculinas. Tardan de 3 a 6 meses en dar resultados, dado que actúan poco sobre los pelos existentes en ese instante y más en los que aparecerán luego. Por lo tanto, a la hora de llevar a cabo el tratamiento, deberá tener paciencia.

Los tratamientos cosméticos incluyen decoloración del pelo, afeitado, uso de ceras, electrólisis o láser. Estas dos últimas técnicas son las únicas que evitan la salida de pelo y deben ser realizadas por profesionales. En la actualidad se puede hablar de depilación definitiva en muchos casos tratados con láser de depilación.

INFECCIONES CUTÁNEAS POR HONGOS

¿Qué son las micosis cutáneas?

Son enfermedades infecciosas de la piel causadas por hongos. Las más frecuentes están producidas por hongos del tipo levadura (Cándida), que causan las candidiasis, y por hongos del tipo moho (Dermatofitos), que causan las dermatofitosis o tiñas. Existen otros tipos de micosis cutáneas que son más raras en nuestro medio.

¿Cómo se producen las micosis cutáneas?

El organismo aloja normalmente una serie de microorganismos (bacterias y hongos); algunos le son útiles, mientras que otros, cuando las circunstancias les son favorables, pueden multiplicarse rápidamente y causar infecciones. Las infecciones por hongos están causadas por levaduras o mohos microscópicos que viven en la piel, el pelo, o las uñas.

¿Qué tipos de micosis existen?

- Candidiasis. Infección de la piel por Cándida. Muy frecuente. Causa gran parte de las dermatitis del pañal, y es especialmente común en la diabetes y en el embarazo así como en obesos y en zonas de especial transpiración (pliegues cutáneos, sobre todo) El muguet oral es una

forma de candidiasis que afecta a las mucosas de la boca, y que se da especialmente en tratados con corticoides inhalados (asma) y en inmunodeprimidos (infección por VIH, etc.)

- Dermatofitosis (Tiñas) Infección de la piel por mohos o dermatofitos. Puede ocurrir en cualquier zona de la piel, pero sobre todo en áreas cálidas y húmedas de la piel, y dependiendo de su localización, las tiñas se llaman de forma distinta. Por ejemplo:
 - Pie: Pie de atleta (Tinea pedis).
 - Ingles/Área genital: Eczema marginado de Hebra o tiña cruris.
 - Areas descubiertas: Herpes circinado o tinea corporis.
 - Cuero cabelludo: Tiña tonsurante, tinea capitis.

Las dermatofitosis son muy contagiosas, y se transmiten por contacto directo y a través de zapatos, calcetines, toallas, duchas y piscinas. La susceptibilidad a la infección está aumentada en situaciones de poca higiene, calzado oclusivo, humedad y lesiones de la piel o las uñas.

¿Qué síntomas producen?

Las micosis cutáneas producen enrojecimiento local, picor y escozor en la zona afectada, y a veces, agrietamiento y fisuración de la piel. La apariencia de la piel es característica y orienta claramente al dermatólogo.

¿Cuál es el tratamiento?

Dependiendo de si las lesiones son pocas o muy numerosas y de otros factores, se realizan tratamientos tópicos (aplicados directamente sobre la zona a tratar) o por vía general (vía oral).

Entre los más utilizados estarían: derivados imidazólicos (itraconazol, clotrimazol, tioconazol, sertaconazol, etc.), ciclopiroxolamina, alilaminas (naftifina, terbinafina) y la griseofulvina. Es el dermatólogo quien mejor conoce estos procesos y es capaz de instaurar los tratamientos más convenientes y eficaces.

Aparte de los tratamientos médicos son necesarias una serie de medidas higiénicas para aumentar la eficacia de dichos tratamientos y para evitar recidivas, sobre todo mantener la piel limpia y seca.

PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT

¿Qué es la pitiriasis rosada?

Se trata de una enfermedad benigna de la piel consistente en la aparición de una mancha rojiza, ovalada, de tamaño comprendido entre 3 y 6 cm, con descamación alrededor de la lesión. Pasados 10-15 días de la aparición de ésta primera mancha surgen otras de menor tamaño, también rosadas, con algunas escamitas sobre ellas, que se distribuyen por espalda, abdomen, muslos y brazos.

Se dice que habitualmente las lesiones aparecen en las zonas que cubren una camiseta de manga corta y pantalones cortos.

Las lesiones pueden producirle picor y no se acompañan de ningún otro síntoma.

¿Quiénes la padecen?

Predominantemente afecta a personas jóvenes, sobre todo en edades comprendidas entre los 10 y los 35 años, y es ligeramente más frecuente en mujeres.

¿Qué causas la provocan?

Su causa es desconocida aunque se cree pueda deberse a un virus del género de los Poxvirus, ya que aparece más a menudo en primavera y otoño. Además la pitiriasis rosada sólo se padece una vez, lo que apoya la teoría de que se trate de un virus.

¿Es contagioso?

En absoluto. No se contagia por lo que no debe tomar ninguna medida higiénica especial, como lavar la ropa aparte, usar toallas diferentes o usar cubiertos distintos.

¿Cómo evoluciona?

Evoluciona a la curación total en 4- 6 semanas, no dejando cicatrices. A veces en las personas que tienen la piel más oscura pueden quedar manchas que se suelen resolver espontáneamente en varios meses.

¿Es necesario algún tipo de tratamiento?

No es necesario, puede tomarse algún antihistamínico si tiene picor, o incluso alguna crema suave de corticoides. No debe exponerse al sol durante el tiempo que tenga lesiones para evitar que queden manchas.

PSORIASIS

¿Qué es la psoriasis?

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel. Afecta a ambos sexos por igual. Suele comenzar en la juventud (aunque puede hacerlo en cualquier momento de la vida). Después van apareciendo las lesiones en brotes.

La psoriasis se caracteriza por la presencia de placas con una base de color rojo, cubierta por escamas blancas que al ser retiradas dejan ver unos puntos sangrantes. Las placas aparecen con mayor frecuencia en codos, rodillas, parte inferior de la espalda y en el cuero cabelludo, pero puede afectar a cualquier parte del cuerpo o incluso totalmente.

En algunas ocasiones pueden dañarse también las articulaciones.

¿Cuál es la causa?

La causa de la psoriasis es desconocida. Parece que existe una influencia genética (se hereda).

Existen distintos factores que la empeoran, como son algunos fármacos, infecciones, estrés, traumatismos (rascado y golpes en la piel) y el clima. No se ha demostrado que la enfermedad empeore con ningún alimento.

¿Es la psoriasis una enfermedad contagiosa?

La psoriasis no es una enfermedad contagiosa. No se transmite de unas personas a otras al tocar las placas.

¿Cuál es la evolución y el tratamiento de la psoriasis?

La psoriasis no tiene cura. No hay medicamentos que eviten que aparezcan nuevos brotes de la enfermedad. Sí existe tratamiento para controlar los brotes. El tratamiento es distinto para cada paciente, dependiendo de distintos factores, como por ejemplo la extensión de la enfermedad en la piel. Debe ser tu médico el que decida cual es el tratamiento que más te conviene.

El primer paso consiste en mantener la piel hidratada con cremas adecuadas. Pueden ayudar a desprender las escamas.

El tratamiento consiste en la aplicación de cremas, pomadas, lociones (tratamiento tópico) sobre las áreas afectadas. Se utilizan preparados de corticoides, sustancias derivadas de la vitamina D, retinoides o preparados a base de alquitrán.

En otros casos la enfermedad es más severa, afecta más partes del cuerpo o no responde a los tratamientos anteriores. En estos casos es necesario administrar medicamentos por vía sistémica (vía oral, intramuscular,...).

Es aconsejable tomar el sol, pero hay que tener cuidado y evitar una exposición solar excesiva, además de aplicar protección solar, para no quemar la piel. Una

quemadura solar puede empeorar la psoriasis. También se puede realizar tratamiento con lámparas de luz ultravioleta.

Las lesiones suelen mejorar rápidamente con el tratamiento, pero pueden pasar varias semanas hasta que la piel vuelva a tener su grosor. El enrojecimiento en cambio, puede tardar meses en desaparecer.

Puede suceder que al mismo tiempo que unas lesiones mejoran aparezcan otras nuevas.

Después de usar un medicamento durante algún tiempo, la piel afectada puede acostumbrarse y deja de ser tan efectivo como lo era al principio. Si esto ocurriera consulta con tu médico el cual valorará el cambio de tratamiento.

VERRUGAS VÍRICAS

¿Qué son las verrugas?

Las verrugas son tumoraciones cutáneas secundarias a una infección de las células de la piel. Existen verrugas de múltiples tamaños y formas. Pueden crecer en cualquier parte del cuerpo, tanto en la piel como en las mucosas (oral, genital, anal,...). Existen distintas formas de aparición:

- Verrugas vulgares.

- Verrugas plantares⁴². (En esta localización pueden ser dolorosas).

- Verrugas planas.

- Verrugas genitales o condilomas acuminados⁴³. (En los hombres puede aparecer en el pene, entre el pene y el escroto y en la zona anal. En las mujeres pueden aparecer en vulva, área perineal, vagina y cérvix⁴⁴).

Las verrugas pueden inflamarse, sobreinfectarse o sangrar tras un traumatismo.

¿Cuál es la causa de las verrugas?

Las verrugas están causadas por una infección por el virus del papiloma humano (VPH). Existen múltiples tipos de VPH.

Los pacientes con alteración del sistema inmune, son más susceptibles a la infección por VPH.

¿Las verrugas son contagiosas?

Si. Las verrugas pueden transmitirse de unas personas a otras y en una misma persona por contacto directo (al tocar las verrugas). Aunque también se pueden contagiar a través de objetos usados por alguien con verrugas.

Las verrugas genitales o condilomas acuminados son una enfermedad de transmisión sexual. Se transmiten de una persona a otra durante las relaciones sexuales. El uso de preservativo puede prevenir el contagio, pero no evita la transmisión en las zonas de piel no cubiertas por el preservativo.

La infección tiene un período de incubación largo. Puede pasar mucho tiempo (meses e incluso años) entre el contacto con la persona infectada y la aparición de verrugas. Además las verrugas en la mujer pueden estar localizadas en el cérvix o en la vagina sin saberlo y puede transmitir la infección a la pareja.

¿Las verrugas desaparecen espontáneamente o necesitan ser tratadas?

Algunas verrugas desaparecen espontáneamente sin tratamiento, aunque pueden tardar meses o años. No se conoce por qué unas verrugas desaparecen y otras no.

Por esto, habitualmente las verrugas necesitan tratamiento para su desaparición y para evitar el contagio.

¿Pueden malignizarse las verrugas?

Si. Algunos tipos de virus del papiloma humano se relacionan con tumores malignos de la piel y mucosas. Hay una relación clara entre el cáncer de cuello de útero y el VPH. También se ha asociado a tumores de laringe, región anal y de piel.

¿Cuál es el tratamiento de las verrugas?

Las verrugas son en general benignas y pueden desaparecer espontáneamente, por lo que no están indicados los tratamientos agresivos. La elección del tratamiento dependerá del tipo, número y localización de las lesiones. Todos los tratamientos buscan destruir las células infectadas de la piel, ya que no existe ningún tratamiento específico para el virus.

Las verrugas vulgares se tratan con:

- Ácido salicílico y ácido láctico: Destruyen la piel infectada. Se aplica el producto sobre la verruga, procurando no ponerlo sobre la piel circundante para evitar dañarla. Se realiza el tratamiento diariamente durante 3-6 semanas. Es aconsejable continuar el tratamiento 4-5 días más para eliminar todas las células infectadas.

- Cantaridina: Es una sustancia que actúa destruyendo las capas superficiales de la piel. El médico es el que aplica la sustancia. Después se cubre durante 24 horas. En la siguiente consulta se retiran las células muertas y se decide si es necesario repetir el tratamiento.

- Crioterapia con nitrógeno líquido: Durante unos segundos el médico aplica sobre la verruga nitrógeno líquido y ésta se congela. La aplicación de la crioterapia puede ser molesta. El tratamiento se repite cada 1-2 semanas hasta la desaparición de la verruga.

Las verrugas genitales se tratan con:

- Crioterapia con nitrógeno líquido.

- Podofilotoxina: Se aplica 2 veces al día durante 3 días, a intervalos semanales hasta un máximo de 4 semanas. Puede producir irritación de la zona

donde se aplica. Es más eficaz en las mucosas. Está contraindicada en el embarazo. En cambio, el podofilino lo aplica el médico una vez a la semana.

-Imiquimod: Se aplica 1 vez al día 3 veces a la semana, durante un máximo de 3 meses. Es una sustancia que ayuda al sistema inmune a luchar contra la infección por el virus.

-Interferón alfa: Se utilizan inyecciones intralesionales de interferón en las verrugas que no responden a otros tratamientos. Se aplica 2 veces por semana durante 8 semanas o hasta que la verruga haya desaparecido.

-Cirugía: Se pueden extirpar las verrugas en el quirófano con anestesia local.

¿Pueden volver a aparecer las verrugas?

Si. En la mayor parte de los casos el tratamiento es satisfactorio y se elimina toda la piel afectada, pero hay casos en que la verruga vuelve a aparecer. En estos casos debería consultar con su médico para realizar un nuevo tratamiento.

URTICARIA

¿De qué se trata?

La urticaria es una reacción alérgica generalizada que se caracteriza por la aparición en la piel de habones o ronchas que pican mucho y desaparecen en horas sin dejar rastro. Pueden distribuirse por todo el cuerpo y no tienen predilección por ningún sitio concreto.

Algunas veces además de estas ronchas, se inflaman los ojos, los labios o incluso la garganta, produciendo dificultad para tragar y respirar (angioedema). En los casos graves puede acompañarse también de náuseas y vómitos, taquicardia e hipotensión.

¿Por qué se produce?

Se produce por la liberación de una serie de sustancias (histamina y otras sustancias que producen inflamación) que se encuentran en unas células llamadas mastocitos, éstos son activados por una serie de factores desencadenantes como:

- fármacos (sobre todo antibióticos, aspirina, codeína, morfina, medios de contraste⁴⁵...),
- alimentos (frutos secos, mariscos, salsas, fresas, manzana, aguacate, berenjenas, chocolate, queso, huevos, pescado, colorantes y aditivos),
- frío, calor u otros estímulos mecánicos.

También puede aparecer urticaria tras contactar directamente la piel con algunas plantas, guantes de goma, fragancias, cosméticos, etc.

De cualquier modo la mayoría de las veces no es posible conocer la causa última, por lo que debe vigilar qué es lo que ha tomado o lo que ha hecho previamente en un intento de evitar otras posibles urticarias.

¿A quién afecta?

Puede aparecer a cualquier edad y no tiene predilección por ningún sexo ni raza.

Más del 75 % de la población presentará algún brote a lo largo de su vida.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es clínico, simplemente con la inspección y con la historia clínica se puede hacer el diagnóstico.

¿Cuánto tiempo dura?

Aunque por definición los habones o ronchas duran menos de 24 horas, según desaparecen unas ronchas aparecen otras nuevas, durante una o dos semanas. Cura sin dejar secuelas.

Algunas personas presentan brotes repetidos de urticaria aguda; cuando llevan más de seis semanas con estos brotes hablamos de urticaria crónica.

¿Es contagioso?

No resulta contagiosa y tampoco debe atribuirse a alimentos en mal estado; la ingesta por otras personas de los mismos alimentos no conlleva la aparición de las mismas reacciones.

¿Hay que hacer estudios para ver qué ha producido la urticaria?

No es necesario, sólo está indicado hacer otras pruebas cuando se producen brotes continuos durante más de seis semanas (cuando hablamos de urticaria crónica).

¿En qué consiste el tratamiento?

Lo tratará con antihistamínicos durante aproximadamente dos semanas. Si además presenta angioedema, es decir, si tiene una inflamación importante en ojos, labios o dificultad para respirar o tragar, deberá además de los antihistamínicos tomar corticoides por vía oral durante diez-doce días.

DIGESTIVO

Divertículos del Colon
Síndrome del Intestino Irritable

DIVERTICULOS DEL COLON

Se trata de pequeñas hernias de la pared del colon (mucosa y submucosa) a través de la capa muscular del mismo, dando lugar a pequeños saquitos o bolsas de unos 5-10mm de diámetro. La mayoría se localizan a nivel del sigma (situado abajo y a la izquierda del abdomen) aunque pueden aparecer en cualquier parte del colon.

No se nace con ellos, suelen aparecer con la edad, siendo más frecuentes en personas de más de 40 años. Su frecuencia ha aumentado debido a los cambios en la dieta, menor consumo de fibra e ingesta de productos más elaborados.

¿Cuál es la causa?

Los divertículos del colon se forman por un aumento de la presión dentro del intestino grueso y la existencia de zonas más débiles del mismo. (entrada de vasos sanguíneos en la pared del colon) por donde penetra la mucosa dando lugar a los mismos (globos o saquitos)

¿Qué síntomas producen?

La mayoría de las personas (80%) no tienen síntomas, siendo un hallazgo casual durante la realización bien de enema opaco, rectosigmoidoscopia o colonoscopia, por lo que no son necesarias más pruebas.

Otras veces aparece dolor o malestar abdominal en la zona baja e izquierda del abdomen, que puede durar unas horas o días que mejora después de expulsar gases y realizar deposición. Las heces pueden variar su consistencia, siendo duras, sueltas o alternar.

Si además presenta fiebre (temperatura $>38^{\circ}\text{C}$), esto puede sugerir la existencia de inflamación de los divertículos de colon (diverticulitis) y debe acudir a urgencias. Más raramente dan lugar a otros síntomas.

¿Cómo se diagnostican?

Generalmente se llega al diagnóstico de forma casual tras la realización de un enema opaco o una colonoscopia. Si se sospecha una complicación, se suele realizar una ecografía abdominal o una tomografía computerizada (scanner o TAC)

¿Cómo se tratan?

Medidas generales

Se recomienda una dieta rica en fibra, es decir, con abundantes frutas, verduras y cereales. Estos productos ricos en fibra aumentan el contenido de agua de las heces, aumentan la masa fecal y evitan el estreñimiento, disminuyendo los síntomas. Siempre que se pueda, tomar las verduras y las

hortalizas crudas así como frutas frescas y sin pelar (deben lavarse correctamente antes de tomarlas).

Si desea puede complementar la dieta con productos integrales (pan, galletas y cereales integrales) aunque no es necesario. Estas recomendaciones son para siempre, para toda la vida, no sólo para un tiempo.

Fibra y fármacos

A veces puede requerir suplementos de fibra (salvado de trigo) o laxantes de volumen o incrementadores del bolo intestinal, útiles para “educar” al intestino y evitar así el estreñimiento. Estos deben ser prescritos por su médico el que le indicará como tomarlos.

Si tiene dolor, su médico le indicará algún medicamento que disminuya a las contracciones del colon (espasmolítico). Su médico le indicará cuando y como tomarlo. No lo tome si no tiene dolor.

No tome antiinflamatorios ni aspirina.

Listado de alimentos ricos en fibra

Grupo de alimentos	Aconsejados
Leche y derivados	Productos lácteos desnatados, semidesnatados o enteros
Cereales	Cereales, pastas, arroz y productos integrales
Legumbres	Todas
Carnes	Pollo, pavo, ternera magra, conejo, jamón serrano y de Cork
Pescados	Todos
Huevos	Revueltos, en tortilla, a la plancha, pasados por agua
Verduras	Todas, excepto col, coliflor, alcachofa, brécol
Frutas	Todas, excepto manzana, membrillo, almíbar y néctar
Frutos secos	Todos
Azúcares y derivados	Todos, excepto chocolate, cacao o dulce de membrillo
Grasas y aceites	Todos, excepto tocino y manteca de cerdo
Salsas	Sofritos, semillas
Condimentos	Laurel,,orégano, tomillo, romero, hierbas aromáticas

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Tengo síndrome del intestino irritable ¿qué es eso?

El síndrome del intestino irritable (SII), es un trastorno funcional (sin causa orgánica conocida) caracterizado por la presencia de dolor o malestar

abdominal y alteraciones en el ritmo o cambio de las características de las deposiciones (diarrea o estreñimiento) de forma crónica o intermitente.

¿Es frecuente?

Si, el SII es el trastorno funcional más frecuente y la principal causa de consulta a los especialistas de aparato digestivo. Afecta más a mujeres, en edades jóvenes y media.

¿Cuál es la causa?

La causa de este síndrome no se conoce con exactitud, pero parece que el intestino reacciona anormalmente, es hipersensible, ante estímulos (alimentos, cambios hormonales, infecciones intestinales, estrés...) que en condiciones normales no producirían síntomas.

¿Es grave?

Depende de lo que entendamos por grave. Es una enfermedad crónica con periodos de exacerbaciones en los que puede interferir con las actividades de la vida diaria, pero tiene un curso benigno, sin relación con el cáncer de colon. Nadie se muere por tener SII.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico del SII es clínico, el médico lo hace después de escuchar los síntomas del paciente. En algunos casos el especialista solicita la realización de algunas pruebas, análisis de sangre y heces, colonoscopia o estudio con bario del colon para descartar otras enfermedades intestinales.

Mis síntomas han cambiado con el tiempo ¿tengo ahora una enfermedad diferente?

Es relativamente frecuente que los síntomas varíen a lo largo de la vida, así algunos que presentaban como queja principal estreñimiento presentan después diarrea y viceversa.

Sin embargo es importante consultar al especialista ante la aparición de algunos síntomas de alarma: emisión de sangre por el recto, fiebre, pérdida de peso...

A veces tengo ardores ¿puede tener esto relación con mi enfermedad?

El SII se relaciona con la existencia de síntomas digestivos a otros niveles. Aunque las manifestaciones pueden ir más allá del tubo digestivo: dolor de cabeza, molestias urinarias, dolores musculares, cansancio...de ahí que podamos hablar de un "organismo irritable".

No obstante, el especialista es el más indicado para establecer si existe relación entre los síntomas que usted presenta y el SII.

¿Existe algún tratamiento curativo para mí?

Aunque se investiga mucho en este campo, hoy no existe ningún remedio milagroso que cure esta enfermedad. El objetivo del tratamiento actualmente es el control de los síntomas.

¿Hay algo que yo pueda hacer para mejorar mis síntomas?

Antes de iniciar ningún tratamiento debe seguir unas medidas básicas: alimentación equilibrada evitando los alimentos que claramente le producen molestias y práctica regular de ejercicio físico.

Me han dicho que debo tomar mucha fibra ¿es eso cierto?

El papel de la fibra en el SII no está bien definido, aunque puede ser útil en casos de estreñimiento, a veces puede producir flatulencia, distensión abdominal o dolor.

¿Qué fármacos son los más indicados para mí?

En función de los síntomas predominantes su doctor le pautará diferentes fármacos: antidiarreicos si predomina la diarrea, laxantes en casos de estreñimiento y espasmolíticos para el dolor. En ocasiones puede que recurra a tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos sin que ello signifique que su enfermedad es mental.

Existen otros fármacos en estudio que han dado buenos resultados en algunos pacientes y aún no están aprobados en España. Puede que su especialista le proponga su utilización como parte de un ensayo clínico.

GINECOLOGÍA

Anticonceptivos

Bartholinitis

Diagnóstico prenatal

Embarazo y ejercicio físico

Embarazo y nutrición

Embarazo y planificación

Factor RH y embarazo

Hipertensión arterial y embarazo

Embarazo múltiple

ANTICONCEPTIVOS

¿Qué son los anticonceptivos?

Son todos aquellos métodos empleados para evitar un embarazo.

Existen una gran variedad de ellos disponibles, pudiendo elegir aquel que se ajuste más a cada pareja

¿Cuándo debo usar un método anticonceptivo?

Siempre que esté en edad fértil y mantenga relaciones sexuales

Una sola relación sexual es **suficiente** para producir un embarazo

¿Puedo usar cualquiera en cada momento?

No, será su ginecólogo el que determine cuál es el método más adecuado para su edad, su salud y la frecuencia con que mantiene relaciones sexuales.

Es aconsejable que se lo controle el ginecólogo anualmente.

¿Es cierto que puedo quedar embarazada a pesar de emplear un método anticonceptivo?

SI. Todos ellos requieren unas condiciones de uso correcto.

Aún así debe saber que puede haber un pequeño porcentaje de fallos, pero siempre será mucho menor que el no usarlo.

¿Me protegen todos por igual frente al embarazo?

NO, actualmente los anticonceptivos hormonales (orales, parches o inyectables) la asociación del preservativo con crema espermicida (destruyen los espermatozoides) y el dispositivo intrauterino (DIU) son los más efectivos.

Son poco seguros los métodos naturales (el coitus interruptus o “marcha atrás”, el método ogino⁴⁶, de la temperatura⁴⁷, la lactancia materna⁴⁸), el diafragma y la esponja⁴⁹

¿Qué es la esterilización?

Es la anticoncepción prácticamente “definitiva e irreversible”, pero necesita una intervención quirúrgica. Es la ligadura de trompas (o vasectomía en los varones)

¿Me protegen también de las enfermedades de transmisión sexual (sífilis⁵⁰, SIDA, hepatitis B⁵¹, gonorrea⁵²)?

SOLO los métodos de barrera: preservativo. Es por esto que resulta el método ideal para las relaciones esporádicas.

¿Me pueden alterar el acto sexual de alguna manera?

Los métodos de barrera (preservativos, espermicidas), tienen el inconveniente de interrumpir momentáneamente el acto sexual.

BARTHOLINITIS

Introducción

La bartholinitis es el nombre que recibe una afección femenina, la inflamación de las glándulas de Bartholino, situadas a ambos lados de la vagina.

¿Qué son las glándulas de Bartholino?

- Son unos órganos situados a ambos lados de la vagina, por debajo de los labios mayores, terminan en un conducto que desemboca en la vagina.
- Resultan imperceptibles en condiciones normales.
- Producen una secreción clara, mucosa y sin olor. Favorece las relaciones sexuales puesto que tienen como función lubricar la vagina al desembocar en ella.

¿Cuándo se produce la Bartholinitis?

- Se produce cuando existe una obstrucción debido a una acumulación de pus en el conducto excretor de una de las dos glándulas de Bartholino.
- Lo más común es la infección por una bacteria (E.coli)
- Si se producen de forma recidivante⁵³ las infecciones, se puede formar un quiste de retención que se palpa como un bulto en el labio mayor que no produce molestias.
- Clínica
- **Aguda:** absceso⁵⁴ glandular (aumento de tamaño, caliente, fluctúa), muy doloroso y con pus.
- **Crónica:** tras resolverse el episodio agudo, lo habitual son brotes agudos de recidivas (recaídas), más o menos frecuentes, sobre una bartholinitis crónica.
- **Quística:** acumulo de secreciones no infectadas tras obstrucción del drenaje glandular (conducto). Puede evolucionar a formas agudas y posteriormente a crónicas.

Tratamiento

Médico: en etapas precoces con analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

Quirúrgico:

Incisión y drenajes simple: recidivas frecuentes

Marsupialización: incisión, drenajes y sutura de la pared del quiste a la pared vestibular⁵⁵. Buenos resultados pues conserva la glándula y no suele recidivar.

Extirpación glandular: es el último recurso en las recidivas y en el tratamiento primario de las formas quísticas

DIAGNÓSTICO PRENATAL

¿Qué es el diagnóstico prenatal?

Son una serie de pruebas que se pueden realizar durante el embarazo para descubrir alteraciones genéticas o anatómicas en el feto. Son : ecografía, la Amniocentesis, la cordocentesis⁶⁰ y la biopsia corial⁶¹.

¿Se hace a todas las mujeres embarazadas?

No, sólo a aquellas que tienen factores de riesgo como cromosomopatías, enfermedades hereditarias, malformaciones, edad avanzada...

Si tengo un factor de riesgo ¿estoy obligada a hacérmelo?

No, tu médico si que esta obligado a informarte de que tienes esa posibilidad, pero la última decisión la debes tomar tú, puesto que en ocasiones se trata de técnicas que pueden afectar al curso del embarazo.

¿Y si no tengo ningún factor de riesgo, ¿también puedo solicitarlo?

Por supuesto, pero debes conocer los posibles riesgos; el especialista te informará.

¿La ecografía puede afectar a mi bebé?

De ninguna manera. LA ecografía son ultrasonidos y no radiaciones como las radiografías. No hay ningún problema en que te realicen las que sean necesarias.

¿En qué consiste la Amniocentesis?

En extraer líquido amniótico y de ahí obtener células fetales para hacer el estudio genético del feto. En un 1% se puede producir aborto por rotura de la bolsa amniótica.

¿Qué es el “triple screening”?

Es una prueba que se realiza en el primer trimestre del embarazo en el que se tienen en cuenta la edad materna, el pliegue nucal (visto en la ecografía) y una proteína (la PAPP-A) en el suero materno.

¿Es una prueba de diagnóstico prenatal?

No, es sólo una prueba ESTADISTICA que nos ayuda a descubrir pacientes con riesgo elevado para el Síndrome de Down o el Síndrome de Edward⁶².

Si me descubren alguna enfermedad con las pruebas, ¿cuál es el siguiente paso?

Lamentablemente no tenemos muchas opciones; en algunos casos si puede haber curación, en otros se podrá recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo.

EMBARAZO Y EJERCICIO FÍSICO

¿Puedo practicar ejercicio guante el embarazo?

La práctica de ejercicio físico guante el embarazo es aconsejable y beneficiosa, siempre que no existan razones médicas que lo impidan

¿Qué tipo de ejercicio puedo realizar?

Los ejercicios más saludables durante la gestación son: natación, bicicleta estática, caminar, gimnasia sobre superficies blandas y técnicas de relajación.

¿Con qué frecuencia debo practicarlo?

Se puede realizar ejercicio con moderación guante al menos 30 minutos todos o casi todos los días de la semana.

¿Qué precauciones debo tomar?

Realizar un breve calentamiento previo al ejercicio, evitar ambientes extremadamente calurosos o húmedos, evitar movimientos bruscos y tomar abundantes líquidos para evitar la deshidratación.

¿Cuándo debo dejar de hacer ejercicio y avisar al médico?

- Hemorragia vaginal
- Dificultad para respirar
- Mareo
- Dolor de cabeza
- Dolor en el pecho
- Debilidad muscular
- Dolor o hinchazón de piernas
- Sensación de contracciones
- Reducción de los movimientos del feto
- Pérdida de líquido a través de la vagina

¿Existen contraindicaciones para la práctica de ejercicio?

- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad pulmonar
- Hipertensión arterial
- Cuello uterino incompetente⁶³
- Amenaza de parto pretérmino⁶⁴
- Embarazo múltiple
- Placenta previa⁶⁵
- Abortos de repetición⁶⁶
- Rotura de bolsa de líquido amniótico⁶⁷
- Sangrado genital

EMBARAZO Y NUTRICIÓN

¿Qué debo comer?

No debe comer por dos. Debe realizar una dieta sana y equilibrada. Aumente el consumo de calcio y evite el exceso de azúcares y grasas.

¿Cuánto peso debo ganar?

Lo ideal es haber aumentado 9-12 Kg. al final del embarazo. El exceso de peso puede dificultar el parto y favorecer la aparición de enfermedades como la diabetes o la hipertensión. Asimismo el poco peso también puede acarrear problemas como el bajo peso al nacer o el parto prematuro.

¿Debo tomar suplementos vitamínicos?

Nunca sin consultar con su médico. Antes y durante el embarazo es recomendable la ingesta de ácido fólico, y durante la gestación puede que necesite suplementos de hierro o calcio.

¿Cómo evitar las náuseas y los vómitos?

- Las náuseas y vómitos son frecuentes al principio del embarazo y sobre todo por las mañanas.
- Algunos consejos que pueden ayudar a paliarlas son:
- Realice cinco comidas al día en menor cantidad en lugar de las tres que se realizan habitualmente.
- Evite comidas excesivamente calientes.
- Cuando aparezca sensación nauseosa entre comidas beba zumo de frutas o bebidas gaseosas.
- Al irse a dormir asegúrese que la habitación esté bien ventilada.
- Antes de levantarse coma varias galletas y permanezca en la cama durante diez minutos.

¿Cómo paliar los ardores?

Realice comidas más frecuentes y menos abundantes, evite tumbarse inmediatamente tras las mismas, camine diariamente e incluso puede elevar ligeramente la cabecera de la cama.

Si con estas medidas no se soluciona, consulte con su médico para evaluar el uso de medicamentos.

¿Son peligrosos los antojos?

Casi todas las mujeres embarazadas tienen antojos durante el embarazo y no es dañino, salvo una forma especial llamada "pica" en el que los antojos no son productos alimenticios (arcilla, hielo, almidón, maicena) y puede producir obstrucción intestinal y carencias nutricionales.

Consejos para la seguridad de los alimentos

- Lávese las manos con jabón antes de manipular los alimentos y después de tocar carne, pescado o aves crudas.
- Lave bien toda la fruta y la verdura
- Use siempre una tabla de cortar y un cuchillo limpios. Lávelos bien después de usarlos con carne, pescado y aves crudas.
- Refrigere de inmediato los alimentos no consumidos.

EMBARAZO Y PLANIFICACIÓN

¿Por qué estar preparada para el embarazo?

Debido a que muchas de las etapas fundamentales en el desarrollo de un bebé tienen lugar antes de que la mujer sepa que está embarazada, es mejor actuar como si estuviera embarazada antes de estarlo.

¿Necesito cambiar de hábitos?

Debe evitar el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y el consumo de otras drogas, por ser perjudiciales tanto para la madre como para el bebé.

¿Qué debo comer?

Se recomienda una dieta saludable y variada, evitando en exceso el consumo de grasas y azúcares. Es conveniente conseguir el peso ideal antes del embarazo.

¿Qué hacer ante enfermedades crónicas?

Consultar con su médico y revisar el tratamiento para un mejor control de la enfermedad y disminuir los riesgos durante la gestación.

¿Es necesario tomar ácido fólico⁵⁶?

Si se toma antes y durante los primeros meses de embarazo, puede ayudar a prevenir defectos congénitos graves en el cerebro y en la columna vertebral.

¿Existen riesgos con el calor?

Si. Se deben evitar los baños de inmersión calientes, así como la sauna o el jacuzzi, ya que las temperaturas elevadas pueden producir defectos en el tubo neural.

¿Qué pruebas puedo necesitar antes de estar embarazada?

Rubéola: si no está inmunizada frente a ella, es recomendable vacunarse previo al embarazo, ya que su contagio durante la gestación puede producir malformaciones.

Toxoplasmosis⁵⁷: si no está inmunizada es recomendable no comer carnes poco cocidas ni crudas ni exponerse al contacto con la materia fecal ni la arena higiénica del gato.

Hiperfenilalaninemia⁵⁸: con una muestra de sangre se detecta a las mujeres que padecen la enfermedad y se suministra una dieta pobre en fenilalanina⁵⁹

Otras infecciones: VIH, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual.

¿Es preciso que el padre reciba atención médica?

El padre debe modificar hábitos poco saludables antes de la concepción y consultar al médico sobre el riesgo de exposición a sustancias nocivas.

FACTOR RH Y EMBARAZO

¿Qué es el factor Rh?

Se trata de una proteína que puede estar presente (Rh +) o no (Rh -) en los glóbulos rojos de la sangre.

¿Qué ocurre si soy Rh-

Que cuando tu sangre entra en contacto con la sangre de alguien RH+ (embarazo, transfusión), tu sistema inmunitario crea defensas (anticuerpos) contra esa proteína que tú no tienes, y la ataca. Este contacto se produce en todo embarazo entre la madre y el feto.

¿Si yo soy Rh – mi hijo también lo será?

No, en la herencia influyen los dos padres, de ahí la importancia de conocer el Rh del hijo.

¿Qué ocurre si yo soy Rh- y estoy embarazada?

Deberá hacerse un seguimiento más específico del embarazo con el fin de evitar que tu organismo cree anticuerpos en el caso de que tu futuro hijo sea Rh+. Se te pondría una vacuna (que impide la creación de los anticuerpos) a las 28 semanas de gestación y otra después del parto (esta última si se confirma que tu hijo es Rh+).

Si tengo un aborto, pierdo el riesgo de sensibilizarme⁶⁸?

No, puesto que ya ha podido haber contacto sanguíneo. En este caso también sería necesario poner la vacuna; sobre todo si se ha tenido que realizar un legrado.

En las pruebas de diagnóstico prenatal invasivas también es necesario poner la vacuna.

¿Qué ocurre si no me pongo la vacuna?

Que en los siguientes embarazos, si vuelve a ser el feto Rh+, los anticuerpos ya si que tienen la capacidad de atravesar la placenta y los fetos pueden sufrir grandes alteraciones o incluso morir.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EMBARAZO

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) se presenta en el 0,7-10% de los embarazos; es más frecuente en países anglosajones que en España, y que, si no se controla, puede tener consecuencias graves sobre el estado del feto y de la madre.

¿Qué es la HTA?

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra el interior de las arterias (los vasos sanguíneos que transportan sangre rica en oxígeno a todo el organismo). Cuando la presión de las arterias se eleva demasiado, se le llama HTA. Por norma, se mide en cada visita prenatal al tocólogo. Sus valores se expresan en dos números, el superior es la presión sistólica y se considera elevado si es mayor o igual a 140 mmHg ó un aumento de 30 mmHg sobre la habitual; el inferior es la presión diastólica y se considera elevada se es mayor o igual a 90 mmHG ó un aumento de 15 mmHg sobre su tensión habitual.

Clasificación de la HTA durante el embarazo

HTA crónica: Previa al embarazo o se detecta antes de la semana 20 de gestación. A veces es desconocida y se diagnostica en la primera visita obstétrica.

HTA inducida por el embarazo:

- Preeclampsia: HTA que se detecta después de la semana 20 (puede aparecer antes en embarazos gemelares)+proteínas en orina + edemas (hinchazón) que no cede con el reposo y con aumento de más de 1 Kg. por semana.
- Eclampsia: Es la preeclampsia complicada con convulsiones, puede provocar estado de coma.

HTA crónica con preeclampsia sobreañadida: Aparición de proteínas en orina asociada o no a demás generalizados en mujeres con HTA previa.

HTA transitoria o tardía: HTA durante el embarazo (tercer trimestre), parto o primeras 24 horas tras parto, sin otros signos de preeclampsia o HTA previa. Desaparece después de la gestación.

¿Qué síntomas de HTA aparecen y cómo podemos detectarlos?

En las visitas periódicas al tocólogo de la mujer embarazada, se medirá la tensión arterial y el peso. Además, se realizarán análisis de sangre y orina en cada trimestre donde se puede apreciar si determinados parámetros son normales o no.

En el caso de la preeclampsia: dolores de cabeza severos, trastornos visuales (visión doble, visión borrosa, ceguera de golpe), náuseas y vómitos, dolor en el

abdomen, dificultades para respirar, pequeñas cantidades de orina o nada de orina.

¿Quiénes están en riesgo de padecer preeclampsia?

Antecedentes familiares en madre o hermanas.

Antecedentes personales de preclamsia antes de la semana 32 en gestación anterior.

Primer embarazo

Gestación múltiple

Menores de 20 años o mayores de 35 años

Obesidad

HTA previa, enfermedad renal, lupus eritematoso sistémico o diabetes.

Influencia de la preeclampsia en el embarazo

Insuficiencia placentaria: La placenta no recibe suficiente sangre y por lo tanto el bebé estará menos oxigenado. Esto trae como consecuencia un bajo peso del bebé al nacimiento.

Desarrollo de eclampsia: Situación de peligro para la madre y el bebé, debido a las convulsiones que se producen y el probable estado de coma.

Aumento del riesgo de abruptio placentae (desprendimiento prematuro de la placenta de la pared uterina antes del parto): Provoca hemorragia y shock. Ante cualquier hemorragia en la segunda mitad del embarazo, es importante informar siempre a su tocólogo de inmediato.

Síndrome de HELLP: En el 10% de las mujeres con preeclampsia. Se produce hemólisis, función hepática alterada, disminución del recuento de plaquetas; puede asociarse o no a HTA. Provoca dolores de cabeza, náuseas y vómitos y dolor en la parte superior del abdomen.

Prevención y tratamiento de la HTA en el embarazo

Control periódico del peso y tensión arterial durante el embarazo.

Dieta rica en calcio, proteínas, vitaminas y minerales.

HTA crónica: Dieta y fármacos compatibles con el embarazo. Vigilar muy de cerca el crecimiento fetal y el que se pueda desarrollar preeclampsia.

Preeclampsia: El único tratamiento que termina con el estado de preeclampsia es el parto, que depende de la gravedad del problema y de la etapa del embarazo. En caso de prematuridad extrema el tocólogo valorará la seguridad de continuar con la gestación hasta conseguir madurez fetal. Se tratará de bajar la tensión arterial:

Reposo acostada de lado izquierdo

Vigilancia extrema y en caso necesario hospitalización

Medicamentos: Aspirina, calcio, antihipertensivos, sulfato de magnesio

Dieta normosódica (cantidad de sal normal), rica en proteínas, rica en calcio y de 1900 Kcal aproximadamente.

HTA transitoria No necesita normalmente tratamiento. El tratamiento será el parto. Hay que descartar siempre preeclampsia.

El tipo de parto será preferiblemente vaginal, para evitar los riesgos sobreañadidos de una operación, pero se practicará cesárea en función del peligro inminente para la madre o el bebé.

EMBARAZO MULTIPLE

Introducción

Una gestación múltiple es un embarazo en el cual la mujer tiene dos o más bebés (fetos).

Gemelos (monocigóticos): Un solo óvulo es fertilizado por un único espermatozoide y posteriormente se divide por la mitad. Son genéticamente idénticos. Tienen los mismos cromosomas, el mismo sexo y el mismo grupo sanguíneo

Mellizos (dicigóticos): Dos óvulos distintos resultan fertilizados por dos espermatozoides diferentes. No son idénticos. Pueden ser de distinto sexo.

Factores que contribuyen a los partos múltiples

- El embarazo tardío: Cada vez son más las mujeres que esperan tener un hijo con más de 30 años.
- Antecedentes personales o familiares de nacimientos de mellizos
- Fármacos que aumentan la fertilidad
- Técnicas de reproducción asistida, como por ejemplo la fertilización in Vitro (FIV): Óvulos de la madre se fertilizan en un laboratorio con espermatozoides y luego se introducen en el útero ya fecundados.

Cambios maternos en el embarazo múltiple

Los cambios que experimenta la mujer portadora de un embarazo múltiple son similares a los de la gestación única, aunque mucho más acentuados.

- Peso: Con mayor frecuencia existe sobrepeso con obesidad franca⁶⁹, siendo el aumento de peso en etapas más tempranas del embarazo y más rápido que en el embarazo de un único bebé. Se aconseja subir de 15-20 Kg. en gestación de gemelos.
- Náuseas y vómitos: Pueden resultar más intensos.

Volumen uterino: Llega a alcanzar 10 litros (5 litros en la gestación única), lo que produce una sobrecarga mecánica⁷⁰ materna.

Anemia: Es más frecuente en estos embarazos. Es recomendable administrar un suplemento de hierro y folatos a todas las embarazadas de gestaciones múltiples, para asegurar el aporte necesario de los requerimientos fetales.

Gasto cardíaco⁷¹. El aumento es mayor en estas gestaciones.

- Preeclampsia y diabetes con mayor frecuencia.

Atención médica

- Los embarazos múltiples son considerados automáticamente de “alto riesgo”.
- Las mujeres embarazadas de más de un bebé buscan ayuda en su tocólogo para ayudar y mejorar las posibilidades de que los bebés nazcan sanos.

¿Qué complicaciones se producen con mayor frecuencia en una gestación múltiple?

- Los mellizos generalmente son los que enfrentan menos complicaciones médicas y por lo general nacen sanos.
- Parto prematuro: El tiempo de gestación disminuye con cada bebé adicional. Normalmente nacen antes de completarse las 37 semanas de embarazo. El riesgo de desarrollar problemas aumenta con el grado de prematuridad, de tal forma que para los bebés que nacen más cerca de la fecha prevista el riesgo es menor. El riesgo de complicaciones aumenta en menores de 34 semanas estacionales debido a la inmadurez pulmonar y al bajo peso.
- Los gemelos con síndrome de transfusión feto-fetal⁷²: Conexión entre los vasos sanguíneos de los dos bebés en su placenta única, puede que uno de los bebés reciba demasiado flujo y el otro poco. El tratamiento hoy día se basa en la realización de amniocentesis⁷³ seriadas y cirugía láser.

Tipo de parto

Las posibilidades de cesárea son mayores que en las gestaciones únicas.

El parto será de elección ante un embarazo de tres o más bebés.

NEFROLOGÍA

Introducción
Hemodiálisis
Diálisis peritoneal
Transplante renal

1. INTRODUCCIÓN

Los riñones son dos órganos cuya función principal es “limpiar” la sangre de sustancias tóxicas derivadas de la comida y bebida, así como de eliminar el agua y sal que nos sobra.

Si los riñones están enfermos, existen tres posibilidades para sustituir la función renal:

1. Hemodiálisis: Este tratamiento consiste en que la sangre del enfermo pasa a través de un filtro (*riñón artificial*), depurándose de forma similar a la realizada por unos riñones sanos.
2. Diálisis peritoneal: En nuestro abdomen existe una membrana llamada peritoneo⁷⁴ capaz de actuar como un filtro, depurando las sustancias tóxicas de la sangre, que pasarán hacia un líquido “limpio” introducido en la cavidad abdominal.
Posteriormente, este líquido saldrá hacia fuera de la cavidad abdominal con las toxinas de la sangre y el volumen de líquido necesario para no sobrecargar al paciente.
3. Transplante renal: Es el mejor tratamiento para la insuficiencia renal. El paciente recibirá un riñón de un donante (vivo o cadáver), y este riñón suplirá las funciones de los riñones propios deficientes.

En las siguientes páginas exponemos cuestiones habituales del enfermo con patología renal, con respuestas sencillas y prácticas.

2. HEMODIALISIS

¿En qué consiste una fístula y cual es su utilidad?

La fístula es el acceso vascular a través del cual conseguimos un caudal de sangre suficiente para la hemodiálisis. Se consigue mediante una pequeña intervención que consiste en unir una “arteria” y una “vena” del antebrazo.

¿Requiere un cuidado especial?

Es conveniente comprobar el funcionamiento de la misma con cierta frecuencia, especialmente si se ha realizado recientemente.

Deberá escuchar sobre la fístula un zumbido permanente o al poner sobre la fístula la yema de los dedos, notará una sensación de calambre, murmullo o ruido (Thrill).

Evite traumatismos y compresiones (brazaletes, bolsos...) sobre la fístula. Tampoco se harán extracciones sanguíneas en ese brazo.

¿Con qué frecuencia se realiza la hemodiálisis?

Existen varias pautas de hemodiálisis. La más habitual es aquella en la que el paciente acude al centro de hemodiálisis tres veces por semana, y se dializa durante cuatro horas en cada sesión.

¿Qué peligro hay si un paciente deja de hemodializarse según la pauta anterior?

El objetivo de la hemodiálisis en días alternos, es conseguir que el paciente (cuyos riñones no hacen la función de eliminar líquidos y sustancias tóxicas), no se sobrecargue de líquidos, y no sufra las consecuencias de algunos tóxicos como el potasio, que en alta concentración en la sangre, puede originar un paro cardíaco

¿Cómo podemos reducir el potasio?

El potasio se encuentra en la mayoría de los alimentos, aunque algunos contienen gran cantidad de potasio, existen múltiples guías donde se enumeran estos productos pero "grosso modo" podríamos citar:

Plátanos, uvas, albaricoques, frutos secos, berenjenas, espinacas, salvado, pan integral, bollería industrial, cacao, concentrados de carnes y pescados, embutidos...

Consejos para reducir la cantidad de potasio en los alimentos.

- ❖ Dejar los alimentos en remojo, cocinar en abundante agua, a media cocción, tirar el agua y cambiar por agua nueva.
- ❖ Alimentos congelados (pierden parte del potasio en el proceso de congelación)
- ❖ No aprovechar el almíbar de las frutas en conserva.
- ❖ No tomar caldos vegetales.

3. DIÁLISIS PERITONEAL

HIGIENE PERSONAL

Antes de cualquier manipulación del catéter peritoneal hemos de lavarnos las manos. ¿Cuál es la forma correcta?

Primero deberemos colocarnos una mascarilla y posteriormente cepillarnos con agua y jabón desinfectante, cada dedo y cada uña de las manos durante tres minutos como mínimo.

¿Cómo he de limpiar el catéter peritoneal?

Siempre después de habernos lavado y secado las manos y con la mascarilla, utilizando una gasa estéril, aclarar con suero fisiológico (que le proporcionarán en la unidad de diálisis).

No olvidar el secado posterior, también con gasas estériles.

¿Qué hacer si en un intercambio, no entra líquido desde la bolsa hacia el peritoneo?

Primero, comprobar que la línea de la bolsa está abierta, o que la válvula de la bolsa no está rota.

Mantener la línea de entrada desenrollada.

¿Y si hay dificultad en la salida del líquido del peritoneo, a la bolsa de drenaje?

De nuevo, comprobar que la línea de la bolsa está abierta, que la línea no está colapsada o enrollada.

Mantener la bolsa de diálisis de infusión por encima del abdomen.

En caso de detectar aire o fibrina en línea de salida, acudir a la Unidad.

Evitará el estreñimiento, tomando laxantes.

¿Qué hacer si tengo dolor abdominal?

Lo primero que hay que pensar es en la existencia de una peritonitis, también puede haber sido motivado por el estreñimiento, o porque el líquido peritoneal que ha introducido esté demasiado frío. En algunos casos el uso de bolsas hipertónicas⁷⁵ que se infunden al peritoneo puede provocar dolor abdominal, en este caso disminuyendo la velocidad de entrada mejorará el dolor.

¿Qué debo hacer ante una peritonitis?

El diagnóstico precoz es fundamental, a parte del dolor abdominal, usted observará que las bolsas de diálisis salen turbias, en este caso acudir inmediatamente al hospital con la bolsa, para tomar muestras del líquido.

NO LO OLVIDE, CUANTO ANTES TRATEMOS LA PERITONITIS MENOS SUFRIRÁ SU PERITONEO, INSTRUMENTO CLAVE DE LA DIÁLISIS.

ASPECTOS NUTRICIONALES Y SOCIALES

En la diálisis peritoneal ¿Qué tipo de restricciones alimentarias debo hacer?

Respecto a los azúcares, disminuirá la cantidad en su alimentación. En cambio, deberá aumentar la ingesta proteica, especialmente las de "mayor valor biológico" (carne, pescado, leche, huevos...). Esto es debido a la importante pérdida proteica por el líquido de diálisis.

Las grasas serán de origen vegetal, por ser ricas en ácidos grasos poliinsaturados⁷⁶.

¿Puedo hacer viajes estando en diálisis peritoneal?

En desplazamientos cortos, puede dializarse llevando el material (bolsas, gasas...) con usted. En desplazamientos largos son las casas comerciales las que le proveerán el material necesario, aunque esté de vacaciones lejos de su hogar.

¿En qué condiciones debo reservar el material de diálisis?

Usted recibirá las bolsas de diálisis en cajas de cartón cerradas, si alguna bolsa estuviese deteriorada, deberá devolverla a la casa comercial. La temperatura de conservación no será superior a 28°C, evitando la humedad y los sitios expuestos al sol o la lluvia.

¿Debo tener algún cuidado especial al tener relaciones sexuales?

El catéter de diálisis está implantado a un lado del abdomen, por lo que no existen contraindicaciones al tener relaciones sexuales.

4. TRASPLANTE RENAL

¿Qué debo hacer si olvido alguna toma de medicación inmunosupresora⁷⁷?

Deberá consultar telefónicamente al especialista. Un error habitual es doblar la toma siguiente. Existen tablas de medicación útiles para no olvidarse de las tomas.

¿Existe alguna forma sencilla de vigilancia domiciliaria en el paciente trasplantado?

Algo tan sencillo como la toma de constantes (temperatura, pulso, tensión arterial...) y escribirlo en un cuaderno de notas, puede ser muy importante en el hallazgo precoz de ciertos problemas.

En el paciente trasplantado ¿Qué tipo de restricciones alimentarias debe tener?

Debido a la medicación inmunosupresora, más corticoides; es frecuente observar aumento de las cifras de glucosa, colesterol y los triglicéridos en sangre.

Aconsejamos disminuir la ingesta de azúcares y tomar alimentos ricos en grasas monoinsaturadas (pescado azul, aceite de oliva). La carne de pollo contiene una baja proporción en grasas. Evitar fritos, embutidos, chocolates...

Una vez trasplantado ¿puedo fumar y tomar bebidas alcohólicas?

El tabaco es muy dañino para el paciente trasplantado porque aumenta la aparición de tumores (mucho más que en el resto de la población).

El alcohol no es recomendable, su ingesta y en baja proporción, sólo será permitida en pocos casos.

¿Puedo vacunarme, como el resto de la población?

No. Están contraindicadas las vacunas que tienen gérmenes vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, gripe...).

Se pueden suministrar difteria o tétanos. También se puede suministrar gamma-globulina antitetánica.

¿Qué cuidados dermatológicos debo tener?

Debido al tratamiento con corticoides, la piel puede verse afectada. Ante una lesión cutánea, consulte al dermatólogo, el diagnóstico precoz de un tumor cutáneo tiene buen pronóstico.

Reduzca la exposición solar, use filtros solares, evite tintes y permanentes en los primeros meses del trasplante.

¿La mujer trasplantada puede tener descendencia?

Se recomienda el primer año de trasplante, utilizar medidas anticonceptivas, ya que la fuerte inmunosupresión podría provocar alteraciones al feto. Como anticonceptivo, usar el preservativo mejor que el DIU, y los anticonceptivos orales.

Después del primer año, habría que personalizar cada caso, ya que existen riesgos. Siempre deberá ser orientado por su médico habitual.

NEUROLOGÍA

Pérdida de memoria y demencia

Neuropatías

Mareo y vértigo

Dolor de cabeza

Esclerosis múltiple

Accidente vascular cerebral agudo

Afasia

Enfermedad de Parkinson

PÉRDIDA DE MEMORIA Y DEMENCIA

Todos perdemos memoria con el paso del tiempo, unos más que otros. Por eso algunos ancianos tienen dificultades para recordar el pasado o para aprender cosas nuevas. Si a su alteración de memoria no se unen incapacidad para razonar, juzgar o criticar normalmente, lo más probable es que no se trate de una demencia. Igualmente es poco probable una enfermedad de la memoria en sujetos que perciben ellos mismos el problema o si se asocian trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión.



Sin embargo no es infrecuente que seamos testigos de que alguien cercano a nosotros comienza a presentar olvidos frecuentes sobre las cosas que acaba de hacer o preguntar, no reconoce el lugar donde está, se desorienta con facilidad, e incluso llegando a perderse cuando sale a la calle solo. Si también notamos un cambio de carácter, y de comportamiento, podemos estar siendo testigos del inicio de una enfermedad de Alzheimer.

¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?

Es una enfermedad que produce un deterioro del cerebro. Afecta sobre todo a las zonas encargadas de la memoria, el razonamiento y el lenguaje, limitando tanto las actividades que venía realizando el individuo hasta ese momento como sus relaciones sociales. Persiste en el tiempo, apreciándose cada vez más deterioro del enfermo hasta poder llegar a ser totalmente dependiente de un cuidador para poder vivir. La causa hasta este momento no se conoce.

Lo que sí se sabe es que intervienen factores del ambiente que nos rodea, del estilo de vida que llevamos (tabaco, dieta, ejercicio físico, etc.), factores heredados de nuestros antepasados, la edad, y otros no conocidos. No es una enfermedad evitable pero hay ciertas cosas que podrían ayudar a retrasar su inicio, en algunos casos.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico definitivo sólo nos lo puede aportar el examen del cerebro dañado tras el fallecimiento del enfermo. Por eso actualmente el médico especialista realiza un diagnóstico de exclusión en vida, por los criterios clínicos y la realización de estudios complementarios. Así, para hacer un diagnóstico correcto es fundamental realizar una buena historia clínica personal y familiar

del enfermo, incluyendo un árbol genealógico para conocer si algún miembro de su familia también tuvo la enfermedad.

Los análisis de sangre y orina sirven para descartar causas de demencia que tendrían un tratamiento curativo. También serán necesarios diversos exámenes psicológicos que consisten en pruebas de memoria, atención, cálculo, lenguaje y solución de problemas.

Con frecuencia el médico realizará algunas pruebas de imagen como el escáner o la resonancia magnética, encaminadas a identificar las zonas del cerebro que están dañadas o descartar otras enfermedades.

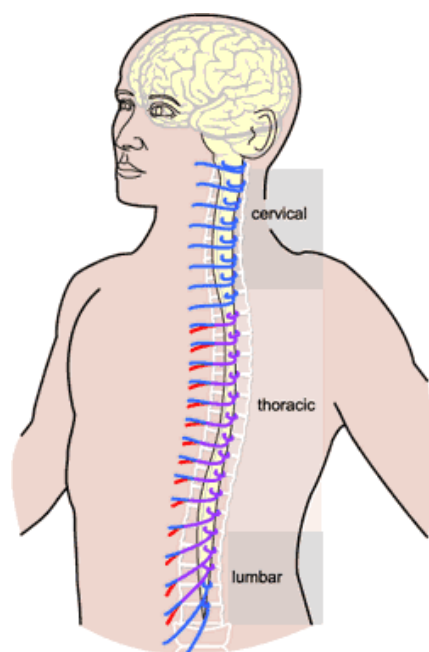
¿Cómo se trata?

No existe hasta hoy ningún tratamiento curativo para esta enfermedad. Existen medicinas, que en algunos casos retrasan el empeoramiento que inevitablemente sufren estos enfermos. También disponemos de tratamientos para mejorar algunos síntomas como el insomnio, la depresión, la agitación o la ansiedad. A los enfermos les beneficia realizar una vida social adecuada a su estado, salir con la familia o amigos, realizar ejercicio físico y sus diversiones habituales, y realizar actividades intelectuales, como la lectura, la escritura, hacer cuentas, jugar a cartas o juegos de mesa, y sobre todo conversar con otras personas.

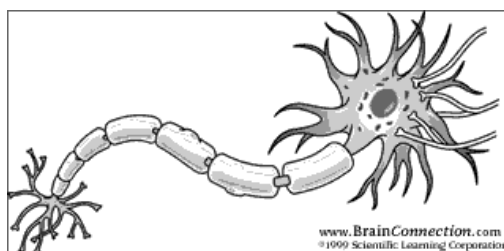
Hay que evitar, sobre todo en las fases más iniciales de la enfermedad, que el enfermo se sienta excluido, recele de su entorno y de los familiares, y se sienta desdichado. En determinado momento le puede beneficiar acudir a realizar terapias a talleres de memoria, e incluso asistir a centros de día donde realizará ejercicios físicos y mentales y se educará en ciertos hábitos, como la limpieza, el vestido, o la alimentación, para evitar que los pierda pronto.

Y no hay que perder la esperanza de encontrar tratamiento curativo dados los grandes esfuerzos que están realizando los muchos investigadores que actualmente intentan saber más sobre esta enfermedad.

NEUROPATÍAS



El sistema nervioso es el conjunto de redes de células (neuronas) que están en el cerebro (sistema nervioso central) y de los cables que permiten transportar la información desde ellas al resto del cuerpo, y que son los nervios (sistema nervioso periférico). A su vez estos nervios pueden llevar información diferente desde la piel, las articulaciones o los órganos de los sentidos. Por ejemplo distintos tipos de sensaciones (calor, frío, dolor, etc.), o bien órdenes de movimiento a los distintos músculos del organismo.



¿Qué es una neuropatía?

Es el daño o deterioro de las células que forman los troncos nerviosos⁷⁸.

¿Qué causas pueden provocarla?

- La falta de sangre que lleve los nutrientes a estas células.
- El daño directo por una compresión del nervio debido a un golpe o a un tumor.
- Alteraciones de la sustancia que rodea a los nervios, llamada mielina, por enfermedades que afectan a nuestras defensas, inflamación o infecciones.
- El consumo excesivo y prolongado de alcohol o drogas.
- Algunos problemas de nutrición, como realizar dietas inadecuadas y enfermedades que impiden absorber vitaminas.
- Algunas sustancias tóxicas, como el arsénico, mercurio, y algunas medicinas como la quimioterapia.
- El exceso de azúcar en la sangre.

- Y otros problemas del metabolismo relacionado con enfermedades de los riñones, el hígado o el tiroides.

¿Qué síntomas produce?

Son típicas las sensaciones raras o extrañas en piernas o brazos, como acorchamientos, hormigueos, escozor o calambres. En algunas ocasiones, lo que se siente es dolor franco. El paciente también puede sentir debilidad.

¿Y qué podemos hacer para reducir el riesgo de tener esta enfermedad?

Deberemos seguir una dieta completa y equilibrada, evitando el consumo excesivo de alcohol y drogas. Además debemos controlar los niveles de azúcar, especialmente si se es diabético, y tratar de evitar entrar en contacto con sustancias tóxicas en nuestros trabajos o aficiones. También es fundamental realizar ejercicio físico regularmente, llevando un tipo de vida no sedentario.

¿Y se puede tratar?

Hay medicamentos que pueden controlar los síntomas o tratar las causas de estas enfermedades, y que pautará oportunamente el médico especialista. En algunos casos en que el problema es la compresión del nervio, determinados tratamientos quirúrgicos pueden ser la solución. Y en otros casos necesitaremos realizar rehabilitación y fisioterapia.

MAREO Y VÉRTIGO

El mareo es una forma de explicar diversos síntomas que todos podemos tener: Entre ellos podemos incluir la sensación de giro de objetos o del cuerpo (llamada vértigo), la pérdida de conciencia transitoria, la sensación de estar inestables, y otras pero definidas, como los vahídos o el tener la cabeza embotada.

¿Qué enfermedades pueden causar mareo o vértigo?

- El vértigo posicional benigno es la causa más frecuente. Se trata de un trastorno benigno del órgano del equilibrio, que está localizado en el oído interno. Consiste en crisis de sensación de giro de objetos intensas que aparecen estando en la cama, coincidiendo con un giro o al levantarse. A veces se acompañan de vómitos. Generalmente se resuelven en pocas semanas pero pueden repetirse en unos meses o años. Pueden mejorar con ejercicios posturales específicos que recomendará el médico.

- La neuronitis vestibular es un vértigo de larga duración con vómitos, sin ruidos en los oídos ni pérdida de la audición. A veces el paciente ha tenido una gripe o un catarro los días antes al mareo. Es recomendable reposo en cama y tratamiento para los síntomas, así como ejercicios posturales.

- La enfermedad de Menière produce ataques de vértigo, ruidos en los oídos y pérdida de audición, generalmente más en un oído que en otro. No se puede saber cuando va a ocurrir pues se trata de una enfermedad crónica. Si la padece debe ser examinado por un otorrinolaringólogo que realizará una audiometría. El tratamiento es similar al de la neuronitis, sumando una dieta sin sal.



- El neurinoma del acústico es un tumor benigno del nervio del equilibrio que produce pérdida de oído, ruidos de oídos, vértigo y más tarde cara torcida, problemas para tragar o hablar, pérdida de fuerza o dolor de cabeza. El especialista realizará pruebas para ver la lesión (scanner, resonancia magnética), y si se precisa cirugía.
- Algunas enfermedades vasculares del cerebro pueden producir mareo. En este caso el enfermo notará otros síntomas asociados como dificultad para hablar, caída, marcha inestable, problemas de visión o debilidad de medio cuerpo. Siempre se debe acudir al hospital para ser visto por un neurólogo.
- Los síncope o desmayos producen pérdida de conciencia breve. Antes el paciente dice que tiene sensación de mareo, sudoración o sensación de piel fría o caliente. Hay muchas causa que lo pueden producir, que se deberá, estudiar por el médico.
- En ocasiones diversos problemas psicológicos, como las fobias a los espacios cerrados o abiertos, las crisis de angustia, los ataques de pánico o la depresión pueden producir síntomas de mareo o vértigo. Mejoran con tratamiento pautado por el especialista o el médico general.

¿Y cuándo debemos consultar al médico por mareo?

Debemos consultar con urgencia en caso de que el enfermo sea mayor de 60 años y sufra por primera vez un vértigo intenso. También si nota que no puede sentarse, que tiene problemas para hablar, tragar, ve doble, si un lado del cuerpo lo siente dormido o torpe, si tiene dolor de cabeza intenso, si está adormilado o confuso, si tiene varios episodios de pérdida de conciencia seguidos, o si se tiene un desmayo al hacer un esfuerzo.

También debemos consultar, aunque de modo no urgente en todos lo vértigos que le molesten o preocupen o si aparecen desmayos sin causa aparente.

DOLOR DE CABEZA



El dolor de cabeza, o cefalea, es uno de los problemas de salud más frecuentes. Con muy poca frecuencia se debe a lesiones cerebrales. Casi siempre es debido a tensión nerviosa, o bien a migraña.

¿Qué es la cefalea tensional o de tensión psicomuscular?

Es un dolor de cabeza debido a una situación de tensión emocional. Cursa con dolor en toda la cabeza o en la parte posterior y el cuello.

Pueden ser ocasionales, durar días o incluso varios meses seguidos. Mejoran con el tratamiento de los factores psicológicos que la causan, o con medicamentos relajantes o para la depresión.

¿Qué es la migraña?

La migraña o jaqueca es una enfermedad crónica, en la que el paciente sufre ataques múltiples en su vida de dolor de cabeza. Suelen durar de 4 a 72 horas y suelen acompañarse de náuseas, empeoran con la luz, los sonidos y la actividad física. El dolor suele ser en una mitad de la cabeza, y en forma de latidos. Sin embargo ocurren de distinta forma en cada enfermo en cuanto al número de veces, sitio del dolor e intensidad del mismo. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres y suele empezar en la pubertad.

¿Qué síntomas cuentan los enfermos con migraña?

Refieren tener dolor en la sien, que se hace cada vez más intenso pudiendo llegar a localizarse en la mitad de la cabeza o en toda ella. Suele ser pulsátil⁷⁹ y el enfermo prefiere estar acostado y a oscuras, llegando incluso a vomitar. En algunos enfermos antes del dolor de cabeza y durante unos minutos aparece lo que se llama aura⁸⁰. Puede consistir en ver una nube o imágenes en zig-zag, perder visión, sentir hormigueos en una mano, brazo, labios, mejilla, y con menos frecuencia presentar problemas para hablar o pérdida de fuerza.

¿Qué factores desencadenantes tiene?

Suelen ser factores emocionales, como agobio o tensión, y también la falta o exceso de sueño, diversos alimentos (chocolate, cacao, vino, queso, salchichas, mariscos, perritos calientes, comidas chinas, tabaco, marihuana, cocaína,

cafeína), incluso frecuentemente la falta de cafeína en personas que la toman habitualmente, los cambios bruscos del clima, las tormentas, los días muy luminosos, algunos olores intensos, la menstruación, algunos fármacos (anticonceptivos orales, estrógenos para la menopausia), el descenso de azúcar en la sangre, y muchos otros a veces desconocidos.

¿Qué síntomas de alarma indican la necesidad de consultar al médico?

Debemos consultar si el dolor aparece por primera vez en un enfermo de más de 50 años, si su inicio es explosivo o coincidiendo con el ejercicio físico o esfuerzos, si empeora cada vez más durante días, si no responde al tratamiento establecido, si aparece fiebre, o si se acompaña de pérdida de visión, fuerza, sensibilidad, u otros síntomas extraños.

¿Qué podemos hacer para aliviar el dolor?

A veces el dolor mejora al apretarse la sien, sentir frío en la cabeza, y sobre todo tras dormir en ambiente tranquilo y silencioso.

¿Cómo debemos tratar una crisis de migraña?

Debemos tomar pronto analgésicos pautados por el médico, del tipo aspirina o paracetamol. Si el dolor está plenamente establecido es menos probable que la medicación haga efecto. También existen muchos nuevos fármacos que se indicarán por el especialista según cada caso en particular.

¿Y podemos prevenir la aparición del dolor?

En algunos casos podemos evitar algunos de los factores desencadenantes que hemos descrito antes. También existen diversos fármacos que se indican cuando hay más de tres crisis al mes o si estas producen mucha incapacidad.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

¿Qué es la esclerosis múltiple?

Es una enfermedad inflamatoria que afecta al sistema nervioso. Es más frecuente en mujeres jóvenes. Aunque su causa es desconocida se supone que la infección de un virus en los primeros años de vida desencadena posteriormente un error de nuestros mecanismos de defensa que produce las lesiones características. Estas ocurren en forma de placas en los nervios ópticos, algunas regiones del cerebro o en la médula espinal. La lesión afecta a la mielina, que es la envoltura de las prolongaciones de las células nerviosas, y que son las encargadas de conducir los estímulos del cerebro al resto del cuerpo y sentidos.

¿Cómo se manifiesta la esclerosis múltiple?



Los síntomas suelen presentarse en forma de brotes, que aparecen en horas o días y que remiten en el curso de semanas o meses. Los síntomas en los brotes varían entre enfermos y de un brote al siguiente en el mismo paciente. Los más frecuentes son la pérdida de agudeza visual con alteración en la visión de los colores y dolor con el movimiento ocular, la visión doble, la falta de equilibrio, sensaciones de acorchamiento o pérdida de fuerza en cara brazos o piernas, y los trastornos en el control de la orina.

¿Cómo se diagnostica esta enfermedad?

El diagnóstico se basa en la historia clínica del paciente, la exploración física y la imagen cerebral por resonancia magnética, que mostrará la existencia de lesiones en distintas regiones del sistema nervioso central. Otras pruebas que pueden ser útiles son la punción lumbar, que sirve para descartar otras patologías inflamatorias que pueden presentar la misma clínica, y los potenciales evocados⁸¹, que pueden demostrar el grado de afectación de la visión, del oído o de la sensibilidad del cuerpo.

¿Y cómo evolucionan los enfermos?

El grado de afectación de la enfermedad varía mucho entre enfermos. Muchos pacientes pueden presentar únicamente uno o dos brotes aislados y no volver a presentar síntomas durante el resto de su vida. Sin embargo algunos enfermos pueden sufrir una progresión continua de la enfermedad. Es difícil conocer la evolución al principio de la enfermedad. La capacidad de razonar, pensar y conocer se mantiene bien en la mayoría de pacientes. La esclerosis múltiple no suele acortar la vida del enfermo.

¿De qué posibilidades de tratamiento se dispone?

No existe un tratamiento eficaz para curar la enfermedad definitivamente. Sin embargo la administración de corticoides acelera la recuperación de los brotes y disminuye la cantidad de secuelas posteriores. El uso de tratamiento continuado con fármacos que modulan la inmunidad (como el interferón beta) puede ser beneficioso en algunos pacientes, presentando como efectos secundarios más frecuentes dolores musculares y síntomas gripales. También existen otros tratamientos para mejorar la calidad de vida tratando diversos síntomas, y que se indicarán por el especialista en cada caso.

ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO (ICTUS O ACVA)

¿Qué es un ictus?

El ictus o accidente cerebral vascular agudo es la disminución del aporte sanguíneo a una región del cerebro, o la llegada masiva de sangre, que producen de forma brusca la pérdida de función de dicha zona cerebral.

¿Por qué se produce un ictus?

El ictus puede deberse a múltiples causas, como la oclusión o cierre de un vaso sanguíneo, la hemorragia y la bajada brusca de tensión arterial. El cierre del vaso cerebral puede originarse por “estrechez” arterial o por un émbolo o fragmento de sangre coagulada que se forma en el corazón y se traslada a los vasos cerebrales. Existen otras causas más raras como la inflamación de los vasos o el aumento de viscosidad de la sangre. La hemorragia suele deberse a rotura de un vaso sanguíneo o al aumento de la tensión arterial.



¿Qué individuos tienen mayor riesgo de sufrir un ictus?

Generalmente se trata de personas mayores de 50 años o con enfermedades de corazón, con hipertensión, diabetes, obesidad, aumento de colesterol en sangre o fumadores. En jóvenes son frecuentes por el consumo de drogas.

¿Cómo reconocer un ictus?

Los síntomas pueden ser muy variables, dependiendo del área afectada. Pueden ser falta de fuerza o sensación de acorchamiento en alguna parte del cuerpo, la desviación de la boca, el no poder hablar o comprender, o la visión doble o borrosa repentina.

¿Qué debo hacer ante lo que parece un ictus?

Debe acudir lo antes posible al hospital más cercano para ser valorado por personal médico. No importa que los síntomas desaparezcan enseguida, debe recibir atención médica de todos modos. Es muy importante no tomar aspirina ni otros fármacos.

¿Qué ocurre en el hospital?

En la urgencia se realiza una rápida valoración y estabilización del paciente. La prueba más importante es el escáner o TAC craneal, que nos dará la imagen de la lesión y permitirá decidir cuál es el mejor tratamiento para cada enfermo.

¿Existe alguna medicación de uso inmediato?

Actualmente se está investigando el uso de fármacos que protegen las células nerviosas de la agresión y otros que reducen el tiempo de falta de aporte sanguíneo. Estos tratamientos todavía no se usan de modo rutinario por lo que si el paciente cumple ciertos criterios podría ser incluido en un ensayo clínico con alguno de ellos. Entonces se le pasará un documento de consentimiento informado en el que se detallan las ventajas y riesgos de estos tratamientos.

¿Cuáles son los objetivos del ingreso hospitalario?

El ictus es una patología grave y que requiere al menos una observación del paciente de 24 horas. Durante el ingreso se establecerá una vigilancia y un soporte⁸² del enfermo. Además se realizarán las pruebas diagnósticas necesarias para encontrar la causa y evitar nuevos eventos. También se iniciará la rehabilitación, tratamiento que será continuado en el domicilio una vez que el paciente no necesite más atención médica hospitalaria.

¿Qué pruebas se suelen realizar durante el ingreso?

Se deben individualizar según el estado previo, las enfermedades y la edad del paciente. De rutina se realizarán determinaciones completas de sangre y orina. En algunos casos es necesario efectuar un estudio del sistema vascular.

¿Qué secuelas van a quedar?

Dependiendo del tiempo de falta de flujo sanguíneo y del tamaño de la región del cerebro dañado pueden o no quedar secuelas. Además pueden surgir complicaciones durante el ingreso debido a infecciones, inmovilidad o arritmias⁸³, que enlentecerán su recuperación y empeoran el pronóstico. El paciente puede quedar asintomático o bien perder funciones que antes era capaz de realizar.

La rehabilitación, ¿sirve de algo?

Salvo casos especiales la rehabilitación es útil. Ayuda al enfermo a mejorar su situación y dependencia. Sin embargo, el proceso de recuperación es lento. Por lo tanto requiere el apoyo y la paciencia de sus seres más cercanos.

¿Qué puedo hacer para que no se repita el accidente cerebrovascular?

Es fundamental el control de algunos factores que hacen enfermar las arterias. Debemos controlar la tensión arterial, el colesterol y la diabetes, con dieta y fármacos si es necesario. Perder peso se hace prioritario, al igual que abandonar hábitos tóxicos como el tabaco. Además existe medicación que previene la aparición del ictus y que pautará el médico según cada caso.

AFASIA

La afasia o disfasia es un trastorno del lenguaje. Existen dos tipos de afasia: la motora y la de comprensión.

¿Cómo se manifiesta?

La persona que presenta una afasia motora tiene alterada la capacidad para hablar. Hay diferentes grados de dificultad. Algunos afásicos solo emiten sonidos ininteligibles, otros pueden decir palabras pero equivocan algunas sílabas (en lugar de decir “lápiz” pueden decir “paliz”) o cambian una palabra por otra. Generalmente se acompaña de cierta o total incapacidad para escribir. El segundo tipo de afasia es el de comprensión. Estas personas, pese a oír y ver perfectamente, son incapaces de entender lo que se les dice, pero pueden hablar. El resultado es un diálogo incoherente. A la pregunta “¿qué has comido?” pueden contestar “sí, hoy hace muy bueno” o cualquier otra cosa inconexa porque no han comprendido la pregunta, aunque sí son conscientes de que se dirigía a ellos.

Con frecuencia la persona sufre una mezcla de los dos tipos de afasia, que entonces se llama mixta o global.

¿Qué otros síntomas se asocian?

Cuando no nos sale una palabra que tenemos “en la punta de la lengua”, nos ponemos nerviosos. La persona con una afasia motora tiene esta sensación continuamente y por ello puede mostrarse inquieta, frustrada y enfadada, o por el contrario entristecerse, “tirar la toalla” y dejar de hablar.

El afásico de comprensión reconoce a sus familiares y amigos pero le hablan en un idioma que le es extraño. Ante esta situación puede abstraerse y “meterse” en su mundo, mostrando síntomas de depresión, o ponerse muy nervioso y, por ejemplo, querer escapar del hospital o de casa.

¿Por qué ocurre la afasia?

El cerebro está dividido en dos mitades. El lado izquierdo contiene la zona que regula el lenguaje y las neuronas especializadas en emitir o comprender las palabras. Cualquier lesión a estas neuronas se expresará como una afasia. Las causas son diversas. La más dramática y brusca es el infarto o la hemorragia cerebral que a veces también provoca pérdida de fuerza en una



mitad del cuerpo (generalmente la derecha). Pero también puede ocurrir por traumatismos o tumoraciones del cerebro, o incluso por demencia.



¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es clínico. Esto significa que el médico hace una serie de pruebas habladas y escritas para detectar una afasia. El scanner o la resonancia cerebrales solo sirven para ayudar a que el profesional determine la causa de esa afasia.

¿Cómo se trata? ¿Cómo puedo ayudar la persona cercana?

Debemos tratar la causa concreta. Si es por un infarto o una hemorragia cerebrales no existe ningún tratamiento específico y solo se puede intentar no repitan.

La rehabilitación consiste en logopedia. Al afásico hay que volver a enseñarle a hablar. En afasias con dificultades para la comprensión el paciente entiende peor las indicaciones, y por tanto suelen mejorar menos con logopedia.

Hay que favorecer la integración del paciente en su entorno, explicando el problema a otras personas que se relacionan con él evitando su exclusión social. En esto los allegados al paciente juegan un papel crucial. Además el familiar debe hablarle mucho, escucharle con paciencia, mostrarle objetos, nombrarlos, hacer que el paciente los repita, ponerle música, cantar canciones, hacer crucigramas. Incluso si conocía otro idioma también es útil practicarlo con él.

El pronóstico: ¿Qué grado de recuperación puede tener?

Depende de la edad del paciente, del grado de afasia y de las lesiones asociadas. Hasta hace poco se pensaba que las neuronas no se regeneraban, pero se ha demostrado que no es cierto. El cerebro es capaz de adaptarse a nuevas situaciones, evidentemente cuanto más joven con mayor facilidad. En el cerebro las neuronas sanas intentan asumir las funciones de aquellas que han muerto. Sabiendo esto, es importante aceptar que el paciente con una afasia importante probablemente nunca volverá a hablar y entender como antes del accidente cerebral, aunque con la logopedia y apoyo de sus familiares puede mejorar, a veces hasta volver a tener capacidad de comunicación que le permita ser independiente.

ENFERMEDAD DE PARKINSON

¿Qué es la enfermedad de Parkinson?

Es una enfermedad de causa desconocida que aparece en personas mayores de 40 años. Aunque no conocemos porqué ocurre, sabemos que se debe a la falta de algunas sustancias que transmiten la conducción de las células del cerebro. La enfermedad de Parkinson es un trastorno del circuito encargado del inicio y la coordinación de los movimientos. Este circuito está compuesto por neuronas, que se comunican entre mediante una sustancia química llamada dopamina. La dopamina es la mensajera que da las órdenes relacionadas con el movimiento voluntario (por ejemplo “ahora quiero levantarme de esta silla”) o involuntario (como “parpadear”). En la enfermedad mueren progresivamente las células productoras de dopamina. Debido a que es progresiva, al inicio los síntomas son muy sutiles, pero empeoran en el paso del tiempo de modo diferente en cada paciente. Su síntoma más conocido es el temblor, aunque es menos importante frecuentemente que sus otros síntomas, la acinesia, la rigidez y los trastornos de la postura y del caminar.

¿Cómo tiemblan los pacientes con Parkinson?

No suelen temblar al escribir, al sostener el periódico, al beber de la taza, al sujetar la cuchara, ni al servir café. Esto es así por que el temblor de la enfermedad de Parkinson es de reposo, es decir ocurre cuando la mano está apoyada.

¿Y qué son la acinesia y la rigidez?

Son trastornos que hacen que el paciente no pueda realizar sus movimientos voluntarios con la rapidez y eficacia normales, aumentando el tono de los músculos y produciendo posturas anormales del cuello y tronco y pérdida de flexibilidad de las articulaciones. Al paciente le cuesta iniciar el movimiento de los brazos e iniciar el paso para andar, la voz de hace lenta y monótona, la escritura es con letra cada vez más pequeña, y no es capaz de levantarse de la silla. Además disminuyen los gestos de la cara y se produce una falta de la elasticidad del cuerpo.

¿Y que ocurre con la postura y el caminar del enfermo?

El paciente tiende a estar encorvado hacia delante, y ante la progresiva falta de equilibrio tenderá a caer con facilidad. Los andares se hacen torpes, con pasos



pequeños, y el enfermo se bloqueará, “quedando los pies como pegados al suelo” al empezar a andar, al hacer giros o al pasar por sitios estrechos.

¿Cómo se diagnostica la enfermedad de Parkinson?

No existe ninguna prueba que identifique la enfermedad. El diagnóstico se hace mediante la valoración de los síntomas que cuenta el paciente y los datos de la exploración neurológica. A veces el neurólogo puede solicitar una prueba de imagen (scanner cerebral, resonancia, SPET) para excluir otras patologías que simulan la enfermedad de Parkinson.

¿Qué podemos hacer para evitar la progresión de la enfermedad?

Debemos seguir al pie de la letra las instrucciones sobre el tratamiento que nos indique el médico. También el ejercicio físico suave y regular, como caminar o nadar, ayudarán a mantenernos mejor durante más tiempo.

Por parte de la familia del paciente es necesario comprender la enfermedad y los síntomas que produce, e incentivarle a mantener las actividades lúdicas y laborales adecuadas, y evitar su exclusión social.

Debemos también hacerle una dieta con alimentos blandos, rica en fibras (fibras, verduras) para favorecer su tránsito digestivo y evitar el estreñimiento.

¿Tiene tratamiento?

Aunque no hay un tratamiento curativo existen varios fármacos que pueden controlar totalmente los síntomas haciendo que el paciente pueda llevar una vida normal. El tratamiento se basa en dar al cerebro esa sustancia que le falta, la dopamina. Existen muchos tipos de medicamentos que regulan los niveles de dopamina y dependiendo del estadio y la severidad de la enfermedad se escogerá uno u otro. Como el manejo de estos fármacos es complejo, y el pronóstico de la enfermedad depende en muchos casos de su manejo inicial, el tratamiento lo debe iniciar y controlar el neurólogo.

Es importante que se desarrolle una buena relación entre el enfermo y su médico ya que muchas veces el tratamiento se decidirá entre los dos. Además los medicamentos pueden tener muchos efectos negativos, pudiendo cambiar su eficacia la toma de otros fármacos, que incluso pueden empeorar nuestra enfermedad. Por eso el enfermo con Parkinson tiene que consultar al médico antes de tomar cualquier otro producto. También es útil que el paciente escriba en un diario las horas a las que toma la medicación y los problemas que nota durante el día.

¿Y cuál es el pronóstico?

Es importante reconocer que la enfermedad de Parkinson es crónica (hoy por hoy no tiene cura) y progresiva (empeora con el paso de los años), pero no va a disminuir la vida del enfermo. En la mayoría de los casos el tratamiento es eficaz en controlar los síntomas y la persona afectada puede llevar una vida plena.

Con el paso del tiempo es posible que los medicamentos no tengan iguales efectos sobre los síntomas que al principio. Y es también posible que aparezcan variaciones durante el día, con ratos en que parece haber falta de medicación y ratos en que parece haber un exceso. El adecuado ajuste de los tratamientos, y en algunos enfermos la aplicación de ciertos tratamientos quirúrgicos, podrán seguir ayudando. También existen asociaciones de Parkinson donde el enfermo y sus familiares pueden compartir sus vivencias y encontrar apoyo e información.

ONCOLOGÍA

Cáncer colorrectal

Cáncer de mama

Cáncer de próstata

Cáncer de pulmón

Principales complicaciones de los
tratamientos de quimioterapia

CÁNCER COLORRECTAL

El cáncer colorrectal (CCR) constituye uno de los más frecuentes en el mundo occidental, siendo la segunda causa de muerte en las mujeres tras el cáncer de mama y la tercera en el hombre tras el de pulmón y próstata.

Se ha ido viendo en los últimos años un aumento, tanto en su incidencia como en las cifras de prevalencia, esto quiere decir que el número de casos nuevos diagnosticados al año es mayor y que los pacientes viven más tiempo tras su diagnóstico.

Gracias a la mejora en las técnicas quirúrgicas y el desarrollo de fármacos quimioterápicos activos, se puede decir, que el cáncer colorrectal es de los denominados quimiosensibles⁸⁴.

Es uno de los tumores en donde los factores ambientales claramente influyen, dentro de unas alteraciones genéticas previas, siendo importante tanto la **prevención**, como el diagnóstico **precoz**. Como en cualquier tipo de enfermedad, cuanto menor desarrollada esté mejor.

Se puede presentar con unos **síntomas** muy variados: sangrado con la emisión de las heces, alteración en el ritmo intestinal (periodos de diarrea o estreñimiento), dolor abdominal, anemia, náuseas y vómitos, aumento del perímetro abdominal tras las comidas...

Dado que los síntomas son tan variados, es importante la sospecha, fundamentalmente a nivel del médico de Atención Primaria, por ejemplo, tenerlo presente en el estudio de una anemia sin origen claro.

El **diagnóstico** pasa por la confirmación histológica⁸⁵, y eso a pesar, de los avances en las técnicas de imagen (TAC⁹⁸ o scanner, radiologías con contraste), hace necesaria la siempre molesta colonoscopia. Los pacientes deben de saber que se puede realizar bajo sedación y que consiste en la introducción por el ano de un tubo que tiene una cámara que permite la toma de muestras de zonas sospechosas y resección de pólipos en el caso de que existan. Aunque la sedación, ha permitido que sea menos incómoda, la preparación que requiere para que sea definitiva (solución evacuable, laxantes...) es algo que todavía no podemos cambiar.

Menos en los casos que debutan con cuadro agudo, como puede ser una obstrucción o perforación intestinal, previo a la cirugía, es conveniente tener un estudio de extensión, es decir una serie de pruebas que garanticen en la mayoría de los casos que la enfermedad se encuentra localizada, como son un análisis de sangre completos, una radiografía de tórax y una ecografía de abdomen.

En cuanto al **tratamiento**, la cirugía es el único tratamiento curativo. Por otro lado nos va a permitir conocer cómo es el tumor, si está bien diferenciado, si presenta afectación de los ganglios⁸⁶ resecados o si a pesar de una ecografía previa normal (en el caso que se realice previa a la cirugía) existe evidencia de afectación en el hígado, en cuyo caso, y si no es muy extensa, se podría intervenir en el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo.

¿Qué hacer después de la cirugía? Hasta no hace mucho, si no había evidencia de enfermedad, la quimioterapia no parecía mostrar ningún beneficio. Actualmente sabemos, gracias al desarrollo de ensayos clínicos, que cuando existen ganglios afectos, a pesar de no existir enfermedad, la quimioterapia aumenta la supervivencia o lo que es lo mismo disminuye el número de recaídas. Es decir, la quimioterapia se administraría de forma preventiva, con el efecto secundario más frecuente de la diarrea.

Queda todavía por definir, si este mismo beneficio se obtiene cuando el tumor es grande, es decir, cuando afecta a todas las capas del intestino grueso. Es una pregunta que se responderá gracias a la participación de los pacientes en ensayos clínicos.

El cáncer de recto tiene una característica especial. Sus paredes no están recubiertas por una especie de serosa⁸⁷ que recubre el resto del colon, por lo que el riesgo de recaídas locales es mayor. Por este motivo al tratamiento con quimioterapia hay que añadirle un tratamiento radioterápico simultáneo.

Otra pregunta a contestar es **¿merece la pena el tratamiento con quimioterapia si existen metástasis?** La respuesta no es fácil, y va a depender de cada paciente en particular. En general podemos decir que el tratamiento ha demostrado un aumento en la supervivencia, con un mayor tiempo libre de síntomas y de recaída. El tipo de quimioterapia se ajustará en cada caso a las enfermedades que previamente presente el paciente (afectación renal, cardíaca) y siempre el médico valorará el beneficio que se piensa lograr contra la toxicidad que se va a producir.

La edad no contraindica el tratamiento, se ha demostrado recientemente, que los pacientes ancianos en buena situación clínica y con un buen apoyo social obtienen los mismos beneficios que un paciente joven.

¿Existen factores de riesgo? ¿Es posible una prevención? Dentro de los factores de riesgo, se han relacionado con el desarrollo del CCR: ser hombre, mayor de 50 años, de clase social alta, tener antecedentes de este tipo de tumor en la familia, una alimentación pobre en fibra y rica en grasas, haber sufrido previamente enfermedades intestinales como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn...

La prevención tiene que tener aquellos factores de riesgo sobre los cuales se puede actuar. Un cambio en el hábito de comidas, recomendando una dieta rica en fibra evitando en lo posible las grasas de origen animal, es una tarea importante de información a nivel de la población general. Si en la familia existen varios casos, especialmente en personas menores de 45 años, se debe acudir al médico de Atención Primaria para que oriente sobre la posibilidad de tener que realizar pruebas que detecten de forma precoz el cáncer.

Al contrario de lo que ocurre con la mamografía en el diagnóstico precoz del cáncer de mama, no se ha demostrado que ninguna técnica sea eficiente en este caso.

Recientemente existen estudios sobre la quimioprevención, es decir la administración de determinados medicamentos, como es la aspirina, para prevenir la aparición del CCR. Sin embargo todavía son datos muy recientes y no se recomienda su uso.

El **pronóstico** va a variar según lo avanzada que esté la enfermedad en el momento del diagnóstico, de tal manera que en los estadios iniciales, la supervivencia oscila entre el 45% y el 90% a los 5 años.

CÁNCER DE MAMA

La mama está constituida principalmente por glándulas que son las que producen la leche durante la lactancia y que llegan al pezón a través de unos conductos. Es precisamente a nivel de estos conductos donde se originan en la mayoría de los casos los cánceres de mama, al dividirse de manera desorganizada las células que los forman.

Este tipo de tumor es el más frecuente en mujeres y es el que produce la mayor tasa de muertes por cáncer en ellas.

Los **factores de riesgo** para sufrir este tipo de tumor son la edad avanzada, tener una menopausia tardía, una primera menstruación a edad temprana, no haber tenido hijos o haber tenido el primer hijo a edad avanzada, utilización de tratamiento sustitutivo con estrógenos⁸⁸, tener antecedentes familiares de cáncer de mama, ser obesa...

Los **síntomas** que suele dar esta enfermedad son muy escasos, lo cual dificulta su diagnóstico en etapas tempranas. Lo habitual es que la paciente se note un bulto que no duele y que es móvil. Ante ello, deberemos acudir a nuestro médico de cabecera para que nos realice las pruebas diagnósticas que crea oportunas. En estadios más avanzados se pueden producir retracción en el pezón, exudado a través del mismo⁸⁹, inflamación de la piel de la mama, pérdida de peso, dolores óseos, etc...

El **diagnóstico** de la enfermedad se basa en la mamografía, que es una especie de radiografía en la cual vamos a poder ver unas pequeñas calcificaciones que aparecen en estos tumores. Los hallazgos encontrados los comprobaremos con la ecografía de la mama, que nos sirve a su vez para colocar un arpón que nos marcará el lugar donde tengamos sospecha de enfermedad tumoral. El ginecólogo, en el quirófano, extraerá el arpón y analizará el tejido sospechoso. En función del resultado obtenido en la biopsia, se optará por dar por finalizadas las pruebas si la biopsia no es maligna, ampliar los márgenes de la biopsia si el tumor es pequeño o proceder a quitar toda la mama (mastectomía) si el tumor es grande. Así mismo, en el mismo acto quirúrgico se extraerán los ganglios de la axila para analizarlos, ya que su afectación tiene un importante valor pronóstico⁹⁰.

Además de la Cirugía, disponemos de otros **tratamientos**, como son:

- Radioterapia: se administra cuando no hemos llevado a cabo una mastectomía completa y existe riesgo de recaída local del tumor. También se usa en estadios avanzados en los que tenemos metástasis en huesos que producen intenso dolor que no podemos controlar con los fármacos disponibles.
- Quimioterapia: se administra cuando la enfermedad se ha extendido y hay metástasis o cuando queremos asegurar que no se extienda la enfermedad que en principio está localizada en la mama pero que tiene ganglios afectados o el tumor primario es muy grande.
- Hormonoterapia: son fármacos que actúan contra las hormonas sexuales femeninas (estrógenos) haciendo que éstas no actúen, ya que se ha visto que las células del cáncer de mama crecen ante su estímulo.

La **prevención** en este tumor se basa en la autoexploración y sobretodo en la realización de una mamografía anual a partir de los 40 años en las mujeres con factores de riesgo y a partir de los 50 años en las mujeres que no presenten estos factores de riesgo.

CÁNCER DE PRÓSTATA

¿Qué es el cáncer de próstata?

La próstata es una glándula sexual masculina, del tamaño de una nuez, situada debajo de la vejiga de la orina, rodeando a la uretra. Cuando las células que forman esta glándula se multiplican de manera incontrolada aparece el cáncer de próstata. Esta enfermedad es el tumor más frecuente en

el varón y su diagnóstico es más frecuente en edades avanzadas, sobre todo a partir de los 60 años.

¿Por qué se produce el cáncer de próstata?

Las causas no son bien conocidas pero existen una serie de factores de riesgo que pueden aumentar la posibilidad de padecer esta enfermedad: edad avanzada, dieta rica en grasas, ser de raza negra, factores hormonales y factores genéticos.

¿Qué síntomas produce el cáncer de próstata?

Los síntomas que pueden aparecer son: necesidad de orinar frecuentemente, dificultad para comenzar la micción, incapacidad para orinar, micción dolorosa, sangre en orina o semen o dolor en la parte inferior del abdomen. Sin embargo, cualquiera de estos síntomas pueden aparecer en otras muchas enfermedades y no necesariamente en el cáncer de próstata.

Cuando aparece un cáncer de próstata, existe la posibilidad de que las células cancerosas se diseminen a través de los vasos linfáticos a los ganglios, y, de ahí, a cualquier parte del cuerpo (sobre todo los huesos), por lo que pueden aparecer dolores óseos o fracturas como primer síntoma de la enfermedad.

¿Cómo se diagnostica el cáncer de próstata?

Ante la sospecha de un cáncer de próstata, se debe realizar un tacto rectal⁹¹ para detectar cualquier bulto sospechoso en la próstata, un análisis de sangre con PSA (antígeno específico prostático⁹²) y una ecografía transrectal⁹³ para ver la próstata. Según el resultado de estas pruebas, se debe confirmar el diagnóstico con la realización de una biopsia de la próstata.

Si la biopsia confirma que se trata de un cáncer de próstata, se realizan una serie de pruebas (radiografías óseas, gammagrafía ósea, TAC del abdomen y pelvis) para determinar si la enfermedad está diseminada o no por el resto del cuerpo. En base a estas pruebas también podemos clasificar por estadios para intentar establecer el pronóstico y adoptar el mejor tratamiento.

¿Cómo tratar el cáncer de próstata?

El cáncer de próstata suele desarrollarse de manera lenta, de forma que en pacientes ancianos tienen más posibilidades de fallecer de otras causas (cardiovasculares, etc.) que por el cáncer. Por ello, existen diferentes estrategias para el tratamiento de esta enfermedad como la cirugía, la radioterapia, los tratamientos hormonales, la quimioterapia o la observación (vigilar y esperar a que aparezcan síntomas que deterioren la calidad de vida del paciente).

CÁNCER DE PULMÓN

1. ¿Qué es el cáncer de pulmón?

Es un cáncer frecuente, aproximadamente 170000 nuevos casos anuales, cuya incidencia está aumentando en mujeres y que está claramente relacionándose con el HÁBITO TABÁQUICO, también con otros carcinógenos como el asbesto⁹⁴ o el gas radón⁹⁵. Se trata de un proceso derivado del crecimiento incontrolable de células anormales en uno o ambos pulmones que al contrario que el tejido normal se reproducen rápidamente dificultando el adecuado funcionamiento pulmonar.

El cáncer de pulmón comienza en el pulmón y se disemina posteriormente a ganglios linfáticos u otros tejidos del tórax incluyendo el otro pulmón. También puede metastatizar o diseminarse a otros órganos como hueso, cerebro o hígado.

2. Tipos de cáncer de pulmón

Los pulmones están compuestos por varios tipos de células con distintas funciones y el tipo de cáncer de pulmón depende del tipo de célula afectada, se distinguen como clases principales:

- Cáncer de pulmón de células no pequeñas: el más frecuente y responsable de entre el 75 y 85% de cánceres de pulmón con 3 subtipos; carcinoma de células escamosas (células de recubrimiento bronquial), adenocarcinoma (células glandulares del pulmón, incluye el bronquioloalveolar⁹⁶) e indiferenciado de células grandes. Dentro de este grupo el subtipo no influye en las opciones terapéuticas.
- Cáncer de pulmón de células pequeñas: responsable de entre el 20 y 25% de los cánceres de pulmón, también llamado de células en grano de avena, neuroendocrino⁹⁷ mal diferenciado o indiferenciado de células pequeñas. Generalmente comienza a crecer en las vías respiratorias y crece rápidamente y suele ser grande al diagnóstico.
- Cánceres mixtos de células grandes y pequeñas.

3. Pruebas y exámenes para el diagnóstico y evaluación del carcinoma de pulmón.

Los principales síntomas del cáncer de pulmón pueden ser compartidos por otras enfermedades como bronquitis o alergias pero son a tener en cuenta pues su presencia puede alertar para consultar con un médico: **tos persistente, expectoración con sangre, fatiga inusual sin motivo, hinchazón del cuello o cara, respiración entrecortada, neumonía o bronquitis frecuentes, pérdida**

de peso o apetito, ronquera, dolor persistente de pecho, hombro o espalda, fiebre sin razón aparente.

Es importante tener en cuenta que la mayoría de cánceres de pulmón no causa síntomas hasta el momento en que se propaga y algunos de los síntomas más frecuentes se deben al crecimiento del cáncer en los pulmones y su progresión a otros tejidos.

En el estudio diagnóstico son fundamentales varios pasos: una historia clínica detallada y la exploración física en busca de datos para orientar el proceso diagnóstico. Es esencial evaluar desde un principio el nivel funcional del paciente pues tiene una relevancia destacada al tomar decisiones terapéuticas. Juegan un papel fundamental los estudios de imagen: radiografías de tórax, tomografías axiales computadorizadas (TAC)⁹⁸ o resonancias magnéticas (RMN)⁹⁹ nos ayudan a tomar imágenes del cuerpo y así delimitar la extensión del tumor, la gammagrafía ósea¹⁰⁰ determina si el tumor se ha extendido al hueso. Siempre además de obtener imágenes de los tumores necesitamos estudiar muestras de dichos tumores para verificar que tienen células cancerosas y determinar sus características por un anatomopatólogo¹⁰¹. Hay varios métodos para obtener dichas células: citología de esputo, biopsia con aguja fina; broncoscopia¹⁰² que ayuda a estudiar el árbol bronquial y tomar muestras directamente para su estudio; mediastinoscopia¹⁰³ bajo anestesia general; toracocentesis o drenaje de derrame pleural para estudio citológico y toracotomía¹⁰⁴ con toma de biopsia abierta.

Asimismo es preciso hacer otros estudios complementarios que nos den idea del grado de extensión del proceso como aspirado de médula ósea y analíticas de sangre con estudio bioquímico y hematológico.

4. Etapas del cáncer de pulmón.

Es básica la clasificación en etapas pues de ello depende su tratamiento y su pronóstico de supervivencia, hay distintos sistemas según la estirpe celular implicada, el carcinoma de pulmón de células no pequeñas sigue el sistema TNM de clasificación con etapas desde 0 a IV y el de células pequeñas que se divide en estadio limitado y diseminado.

5. Tratamiento del cáncer de pulmón.

Es una decisión compleja que debe ser analizada por un equipo multidisciplinar y que es preciso individualizar para cada paciente que debe participar activamente en la toma de decisiones. Entre las opciones disponibles:

- CIRUGÍA: extirpación del tumor y el tejido circundante que puede ser parcial (lobectomía) o de un pulmón (neumonectomía), va seguida de un periodo de recuperación variable y de secuelas postoperatorias. No siempre es posible en pacientes con

enfermedad de base o contraindicaciones para la cirugía. En ocasiones se asocia a tratamientos con quimio o radioterapia combinados.

- **QUIMIOTERAPIA:** uso de fármacos frente a células cancerosas, generalmente combinaciones de fármacos vía oral o intravenosa asociados o no a cirugía o radioterapia. Se administra en ciclos seguidos de periodos de recuperación de entre 21 y 28 días con un número de entre 4 y 6 según la evolución clínica. Son fármacos como paclitaxel, carboplatino, gemcitabina, cisplatino, vinorelbina o docetaxel y hay varias líneas de tratamiento posibles según su capacidad para el control de la enfermedad. Se producen efectos secundarios importantes asociados a estos tratamientos.
- **RADIOTERAPIA:** consiste en el empleo de radiaciones de modo externo o directamente sobre el tumor con implantes directos y su duración y fraccionamiento dependen de la etapa tumoral.
- **CUIDADOS PALIATIVOS:** consisten en medidas destinadas a mantener la calidad de vida, control del dolor y los síntomas derivados del tumor, no son tratamientos curativos y pueden incluir quimio o radioterapia si mediante la reducción del tumor aliviamos los síntomas.

Es fundamental la participación activa del paciente en su proceso terapéutico, consultando aquellas dudas que aparezcan al equipo médico y de enfermería encargado de su cuidado, favoreciendo así la adaptación de su estilo de vida a la nueva situación, considerando todo el apoyo personal y sanitario a su disposición.

6. Ensayos clínicos

Con ellos se trata si los nuevos tratamientos son más eficaces que los ya disponibles, sus efectos secundarios, sus riesgos- beneficios, y que pacientes se benefician más de todo ello. Durante el curso de su proceso terapéutico, puede sugerírsele la participación en algún ensayo clínico, deberá consultar todas sus dudas a su médico y estar siempre informado de que se trata el procedimiento, teniendo en cuenta que existe una legislación clara a este respecto a su disposición.

PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LOS TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA

Fiebre neutropénica

Los tratamientos de quimioterapia actúan sobre las células que están en rápida división como es el caso de las células malignas, pero también hay otras células que se multiplican rápidamente en el organismo. Es el caso de los componentes sanguíneos. Tras un ciclo de quimioterapia se destruyen células sanguíneas, que la médula ósea se encarga de regenerar, permitiendo que cuando haya que administrar el siguiente ciclo ya se encuentren en niveles normales. Entre los componentes sanguíneos se encuentran los leucocitos o glóbulos blancos, que son los encargados de defender al organismo frente a las infecciones. Un tipo de leucocitos, los neutrófilos, son los implicados en la defensa frente a las bacterias. Entre ciclo y ciclo de quimioterapia, las cifras de neutrófilos pueden descender hasta niveles muy por debajo de la normalidad, dejando al organismo indefenso ante la invasión de gérmenes. Por eso, cuando aparece fiebre de más de 38º estando en tratamiento de quimioterapia, es muy importante hacer una analítica para determinar si el organismo tiene suficientes neutrófilos (“defensas”) para hacer frente a la infección. Si los niveles son muy inferiores a los normales hay que ayudar al organismo a combatir la infección con tratamientos antibióticos más agresivos que en las infecciones normales. Incluso, en determinados casos es preciso ingresar al paciente para administrar antibióticos intravenosos y mantenerle aislado. En general, con los tratamientos de los que se dispone en la actualidad para tratar estas infecciones, la recuperación suele ser rápida y el paciente puede ser dado de alta en pocos días.

Mucositis por quimioterapia

Las células de todas las mucosas del organismo en general, pero sobre todo las de las mucosas digestivas, son muy sensibles a los tratamientos de quimioterapia, pudiendo irritarse tras los ciclos. La mucositis puede presentarse en distintos grados, oscilando desde el simple enrojecimiento de la mucosa hasta la aparición de úlceras que dificulten la ingesta. El tratamiento indicado es local, con enjuagues que contengan antisépticos y agentes anestésicos. Aunque esta es una complicación que suele ser leve, en determinadas circunstancias puede imposibilitar la ingesta tanto de sólidos como de líquidos, en cuyo caso sería necesario el ingreso para sueroterapia y/o nutrición parenteral.

Nauseas y vómitos inducidos por la quimioterapia

Las complicaciones más frecuentes de los tratamientos de quimioterapia suelen ser digestivas (nauseas, vómitos, diarrea...). La mejora de los tratamientos que se administran previamente a la quimioterapia ha hecho que, en la actualidad, los tratamientos sean mejor tolerados que hace unos años y las nauseas o vómitos producidos por la quimioterapia suelen ser leves o no aparezcan. Los vómitos de las 24-48 horas posteriores a la quimioterapia suelen responder al tratamiento con Zofram®. A partir de las primeras 48 horas, el mecanismo de producción de los vómitos es diferente y esta medicación no suele ser efectiva. En estos casos suele ser útil el Primperan® o, en casos más rebeldes, Torecán®, e incluso corticoides. No obstante, antes de empezar a tomar estos medicamentos debe de consultar a su médico para que le especifique la dosis y pauta de administración.

PEDIATRÍA ONCOLÓGICA

GUÍA DE CONSEJOS PARA PADRES DE NIÑOS ONCOLÓGICOS

Introducción
Alimentación
Alteraciones de la sangre
Alteraciones en el tubo digestivo
Alteraciones psicológicas: Ansiedad y depresión
Alteraciones de la imagen corporal

INTRODUCCIÓN

El tratamiento contra el cáncer puede incluir el uso de medicamentos (quimioterapia) de cirugía y de radioterapia, dependiendo del tipo de tumor, de su localización y de la edad del niño. Las células cancerosas se caracterizan por crecer y reproducirse muy rápidamente. La quimioterapia ataca a todas las células de crecimiento rápido, pero no sólo a las cancerosas sino también a células normales del organismo que crecen rápido (piel, pelo, células de la sangre, del tubo digestivo...), dando lugar a efectos secundarios indeseables.

Los efectos secundarios varían según las medicaciones y no todos los niños se afectan con igual intensidad. Además, no reflejan la eficacia que se está ejerciendo sobre el tumor, es decir, la quimioterapia puede estar ocasionando muchos efectos secundarios y poca respuesta sobre el tumor y viceversa, puede conseguir que desaparezca el tumor y no haber padecido muchos de estos efectos secundarios. Desgraciadamente esto no lo podemos controlar por el momento. Hay efectos secundarios que notan los enfermos y sus familiares rápidamente (cambios en la imagen corporal, problemas con la alimentación, náuseas, vómitos...). Hay otros que no se notan, pero que debe conocer para evitar graves complicaciones (disminución de las defensas...) Además de estos efectos producidos por el tratamiento, ocurren otros a consecuencia del mismo: visitas e ingresos en el hospital, pruebas y controles repetidos, separación de su ambiente habitual: compañeros, amigos, familia... Estos cambios en la vida del niño y de sus familiares, desde el mismo momento en que se les da la noticia hasta que termina el proceso, en ocasiones durante años, resultan duros de afrontar y pueden causar alteraciones psicológicas no sólo en el niño sino en otros miembros de la familia (padres, hermanos...)

Con estos consejos intentamos orientar y aliviar en lo posible estas alteraciones derivadas del tratamiento contra el cáncer en el niño.

ALIMENTACIÓN

1) Problemas con el apetito: Los tratamientos para el cáncer y otros medicamentos al igual que el estrés emocional o la preocupación, pueden disminuir el deseo por los alimentos. Existen varias técnicas que usted puede hacer para estimular el apetito y mejorar la nutrición en el niño con cáncer:

- Estimule el ejercicio ligero antes de las comidas (caminar al aire libre si es posible durante 15-30 minutos antes de las comidas)

- Procure que coma en compañía de la familia, el regreso a las horas normales de las comidas y planear que la familia esté presente ayudan a incrementar el apetito.
- Sirva los alimentos en una atmósfera agradable y relajada, empleando platos más pequeños y porciones arregladas de forma atractiva para que se sienta estimulado a terminárselas. Cuando no se esté comiendo retire el alimento de su vista.

2) Ocultar los olores y sabores desagradables: Los tratamientos para el cáncer cambian frecuentemente el sabor de los alimentos. ¿Cómo disminuir esto?

- Utilice utensilios de plástico, ya que reducen el sabor amargo o metálico que es una queja frecuente de las personas que reciben quimioterapia.
- Intente especias y sabores nuevos. Las especias estimulan la producción de saliva y cambian el sabor del alimento, también ayudan salsas y añadir más sal y azúcar de las habituales ya que cambian el sabor del alimento haciéndolo más apetitoso.
- Procure los alimentos fríos ya que la temperatura fría disminuye su olor y sabor.

3) Evitar la sensación de saciedad temprana: El mal apetito puede ser causado por saciedad temprana, algunas veces los medicamentos provocan gas y la persona se siente distendida después de comer poco. Se puede intentar:

- Ejercicio entre comidas, caminar un poco por ejemplo, pero evitando ejercicios vigorosos inmediatamente después de comer.
- Tomar líquidos entre las comidas en lugar de durante las mismas.
- Comer pequeñas cantidades de alimentos 6-8 veces al día, comidas más frecuentes en menores cantidades evitan la saciedad temprana y consiguen aumentar la ingestión de alimentos a lo largo del día.
- Comer despacio y masticando bien los alimentos.
- Se deben evitar las bebidas gaseosas y ciertos vegetales que crean gas en el estómago y el intestino, dejar escapar el gas de los refrescos antes de beberlos.

4) Añadir más proteínas y calorías a los alimentos: La pérdida de peso puede frenarse si aumentamos el valor nutritivo de los alimentos, especialmente incrementando las calorías y las proteínas, esto es importante para afrontar en mejores condiciones la enfermedad.

- Agregue mantequilla o margarina a los vegetales, sopas, pasta, cereales... que proporcionan grasa y calorías y mejoran el sabor de muchos alimentos.

- Agregue azúcar, miel, jalea.. las salsas dulces añaden calorías y pueden hacer que los alimentos secos sean más fáciles de pasar.
- Use cremas, natas, leche entera, mayonesa... aumentan el sabor y el aporte de calorías a las comidas.
- Escoja alimentos nutritivos y ricos en proteínas, tratando de obtener el mayor aporte de calorías y de energía posible (huevos, quesos, leche, helados, frutos secos, carnes y pescados...).

ALTERACIONES EN LA SANGRE

➤ **GLÓBULOS BLANCOS = DEFENSAS == FIEBRE E INFECCIONES**

Los tratamientos para el cáncer pueden disminuir los glóbulos blancos o leucocitos, es lo que llamamos NEUTROPENIA. Estas células nos ayudan a defendernos, su disminución deja al paciente con mayor riesgo de sufrir infecciones. Cuando su médico le diga que se encuentra en esta situación debe tomar una serie de precauciones para evitar en lo posible que adquiera infecciones y ante el menor síntoma acudir inmediatamente al hospital.

La fiebre es un signo de infección, por eso en aquellos niños oncológicos que se encuentren con sus defensas bajas (neutropenia) debe consultar en cuanto le noten una

temperatura > 38° C axilar. Otros síntomas son: tos, dificultad para respirar, molestias al orinar, síntomas de resfriado, dolor de garganta, dolor en el abdomen, en la boca, etc.

¿Cómo puede prevenir la fiebre y la infección? Puede tomar una serie de medidas:

- No compartir vasos, termómetros, objetos personales (toallas, cepillos ...)
- Evitar las visitas cuando el niño tenga las defensas muy bajas, especialmente las de aquellas personas que estén resfriadas o enfermas.
- No ir a sitios cerrados, como por ejemplo cines, teatros, galerías comerciales cuando tenga las defensas bajas (neutropenia).
- Las personas con cáncer pueden adquirir infecciones de su propia piel, boca, tejidos... por eso deben lavarse piel y manos frecuentemente. El lavado de manos es la mejor manera de evitar la propagación de las infecciones.
- Estimule una buena higiene dental: lavado de dientes después de cada comida, por lo menos 3 veces al día, para eliminar los gérmenes potencialmente peligrosos. Cambie el cepillo de dientes con frecuencia

ya que al estar mojado la mayor parte del tiempo aloja bacterias y otros microorganismos con facilidad.

- Evite frutas y vegetales crudos que no han sido lavados, alimentos poco cocinados o manipulados por otros (embutidos carnes o quesos que no ha cortado usted mismo)
- Además su médico le mandará tratamientos para evitar algunas infecciones (profilaxis¹⁰⁶ que debe recordar tomar.

➤ **GLÓBULOS ROJOS = ANEMIA == CANSANCIO**

Los glóbulos rojos, o hematíes, transportan el oxígeno por la sangre. Cuando disminuyen, se produce lo que llamamos ANEMIA. La anemia puede producir cansancio, mareos, debilidad...

El cansancio puede ser causado por anemia, aunque también por otros motivos como la mala nutrición o porque se alteren los hábitos normales de descanso y sueño, por dolor o por depresión.

¿Qué puede hacer?

- Si le nota mareado, excesivamente dormido, pierde el conocimiento... debe acudir inmediatamente al médico.
- Ayude a que aproveche el día lo más posible, programando actividades a su gusto para los momentos en que se sienta mejor.
- Procure el descanso y el sueño. Mantenga tanta actividad como sea posible durante el día para que la fatiga normal se presenta durante la noche. Fije tiempos regulares para siestas y sueño.

• **PLAQUETAS = COAGULACIÓN == HEMORRAGIAS / HEMATOMAS**

Las plaquetas ayudan a la sangre a coagular, es decir a cortar los sangrados que se produzcan. La quimioterapia puede disminuir las plaquetas y ocasionar sangrados o aparición de cardenales o moratones por la piel.

¿Qué debe hacer si las plaquetas están bajas o si sangra?

- Debe consultar inmediatamente si presenta vómito con sangre o de líquido negro (en "posos de café"); si la orina es roja u oscura (aunque esto ocurre a veces por medicamentos); si las heces son oscuras (rojas o negras); si con la tos expulsa flemas con sangre.
- Cuando las plaquetas están bajas no debe usar aspirina ni ibuprofeno, para el dolor o la fiebre usará paracetamol.
- Debe sonarse la nariz suavemente y si sangra comprimir con un pañuelo hasta que pare el sangrado. También puede ayudar aplicar hielo sobre la nariz y puede inclinarle la cabeza hacia atrás pero sin acostarlo para que no se trague la sangre. Si el sangrado no para en 10 minutos acudir al médico.

- Estimule el enjuague y cepillado de dientes con un cepillo blando, para eliminar los restos de comida y el sarro que ocasionan infecciones y sangrados. No use hilo dental.
- Si tiene lesiones en la boca procure comidas suaves y blandas: sopas, purés, flanes... y evite comidas excesivamente calientes que pueden hacer sangrar por quemadura.
- Evite situaciones en las que se pueda golpear o lesionar: deportes de contacto, bicicleta, escaleras, caídas, juegos con objetos punzantes o tijeras ...
- Utilice crema de cacao o vaselina para los labios, que al estar cortados pueden sangrar con facilidad.
- Evite el estreñimiento que puede provocar sangrado en recto y ano. No le tome la temperatura en el "culete".

ALTERACIONES EN EL TUBO DIGESTIVO

• PROBLEMAS DE LA BOCA

Los problemas en la boca son frecuentes durante el tratamiento del cáncer, porque la piel dentro de la boca está formada por células que crecen rápidamente y que por este motivo se afectan con mucha frecuencia por la quimioterapia.

1) Humedecer la boca: La boca seca es un efecto frecuente de las medicinas que se usan contra el cáncer. La boca seca hace más difícil masticar y tragar.

¿Qué puede hacer con este problema?

- Enjuagar la boca antes de las comidas y durante el día, para evitar la sensación de sequedad. No usar enjuagues que contengan alcohol.
- Usar bálsamo o cacao para humidificar los labios.
- Tomar trocitos de hielo, pequeñas porciones de helado, zumos o bebidas frescas.
- Remojar el pan, las galletas y los alimentos en sopa, leche, salsas... para que sean más fáciles de masticar y tragar. Servir alimentos blandos, líquidos como purés, triturados...

2) Aliviar la boca dolorida y facilitar el tragar: Los tejidos de la boca se debilitan y desarrollan llagas (aftas o úlceras) que provocan dolor y dificultan la alimentación.

¿Qué puede hacer con este problema?

- La sal y el bicarbonato alivian el dolor en la boca y ayudan a su curación. Enjuagar la boca con media cucharadita de bicarbonato y media cucharadita de sal diluidas en dos tazas de agua tibia después

de comer. Si la sal produce ardor usar sólo el bicarbonato. Enjuagar por lo menos 4 veces al día y hasta cada 2 horas si es posible.

- Puede consultarle a su médico sobre preparados con medicación para disminuir el dolor, uso de analgésicos...
- No emplear productos con peróxido que es un secante. Evitar enjuagues comerciales
- Evitar alimentos extremadamente calientes o fríos.

- **NÁUSEAS Y VÓMITOS**

No siempre van a tener este problema pero a veces pueden presentarlo incluso cuando ve o huele algo que asocia al tratamiento. Generalmente estos efectos desaparecen cuando se termina el tratamiento.

Existen medicaciones que su médico le puede dar para evitarlos.

¿Qué debe hacer con este problema?

- Debe consultar siempre que aparezca sangre o material semejante en el vómito, si los vómitos son muy frecuentes, si no retiene las dosis de medicamento que debe tomar, si presenta un dolor severo o mal estado general.
- Anímele a que se enjuague frecuentemente la boca.
- Ofrezca chicles sin azúcar para ocultar sabores desagradables durante la quimioterapia.
- Procure que respire aire fresco.
- Evite olores fuertes o desagradables.
- Evite alimentos fritos y ácidos que son de difícil digestión.
- Conviene que use ropas holgadas.
- Procure distraerle y que se relaje.

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS: ANSIEDAD, DEPRESIÓN.

La ansiedad es una respuesta normal a situaciones nuevas o estresantes, pero cuando estas sensaciones son demasiado fuertes o se acompañan de temor es necesario que aprendan a manejarlas.

La ansiedad y la depresión no sólo afectan al niño con cáncer sino también a los familiares y personas que le quieren.

Existen asociaciones y grupos de ayuda social y psicológica que realizan actividades con estos enfermos como campamentos, excursiones...

¿Cuándo necesita ayuda profesional para la ansiedad o depresión?

- Si está considerando seriamente abandonar el tratamiento o incumpléndolo.
- Si tiene muy mala calidad de vida por los síntomas de la ansiedad o la depresión.
- Si habla de quitarse la vida o causarse daño
- Si ha estado deprimido antes de esta enfermedad.
- Si nota cambios grandes en su estado de ánimo.
- Si nada de lo que usted hace parece ayudar.

¿Qué puede hacer usted para ayudarlo?

- Intente entender qué pensamientos provocan la ansiedad o la depresión.
- Hágale entender de una forma adaptada a su edad qué es lo que le pasa, porque le ayudará a tener menos temor a lo desconocido.
- Puede ser beneficioso el relacionarse con otros niños que se encuentren en la misma situación y con otros niños con otras enfermedades (aulas hospitalarias).
- Aumente las actividades que le distraen y le divierten: juegos, lectura, música...
- Aumente el tiempo que pasa con los amigos y con la familia.

ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

• CAÍDA DEL CABELLO

Mucha de la quimioterapia puede causar una caída parcial o completa del cabello. Ésta puede comenzar tan pronto como a los 7 ó 14 días del inicio del tratamiento y el cabello puede no crecer de nuevo hasta 6 ó 12 meses después de terminarlo. También la radioterapia ocasiona generalmente pérdida del cabello. El pelo que crece primero es muy fino y el nuevo puede tener una textura diferente.

¿Cómo cuidar el cuero cabelludo y manejar la caída del pelo?

- Mantener el pelo corto y fácil de peinar.
- Cepillar y al lavarse quitar el pelo que se está cayendo.
- Limpiar suavemente con un champú y acondicionador con proteínas.
- Evitar lo más posible el calor y los secadores.
- Utilice un peine de púas anchas.
- Proteger del sol. Además usar gafas de sol para proteger las pestañas.

Si es necesario, conseguir una peluca (pregunte a un estilista o en una tienda de pelucas, no se deben usar pelucas que se peguen al cuero cabelludo) o una cubierta para la cabeza: pañuelos, sombreros o gorras que no aprieten

- **PROBLEMAS DE LA PIEL**

Algunas veces la quimioterapia ocasiona cambios en la piel. La piel se puede resecar y picar. Puede aparecer erupción o pequeñas ulceraciones. Algunas personas sudan más. A veces son más propensos a quemaduras del sol. También la radioterapia causa problemas en la piel (sequedad, picor y enrojecimiento) que pueden durar varias semanas después de los tratamientos. Casi todos estos problemas de la piel mejoran después de terminar el tratamiento.

¿Cuándo buscar ayuda profesional?

- Si el rascado de la piel la ha abierto y se ve roja, si hay heridas dolorosas, inflamadas, muy rojas o con pus. Ante una contusión que no mejora.
- Si aparece una erupción o ronchas. Mucho cuidado con infecciones como la varicela, evitar el contacto con niños que la tengan y avisar inmediatamente a su médico si ha estado cerca de alguno.
- Si la piel se vuelve amarilla, o la orina es del color del té, o las heces tienen color de arcilla.
- Si tiene picazón severa que dura más de tres días.

¿Qué puede hacer para aliviar el picor?

- Baños con agua fresca y un jabón suave.
- Añada bicarbonato de sodio al agua de baño.
- Enjuague la piel completamente y de ligeros golpecitos para secarla.
- Aplique compresas húmedas frescas a las zonas con picazón.
- Mantenga las uñas limpias y cortas.
- Cambie las sábanas de la cama todos los días.
- Evite los detergentes ásperos para lavar la ropa.
- Mantenga la temperatura del cuarto entre 19 y 24°C. Evite el calor y el frío extremos.

¿Cómo prevenir la sequedad?

- Agregue aceite mineral o de bebé al agua del baño.
- Aplique una crema hidratante después del baño.
- Ofrecer agua abundante, salvo instrucciones diferentes.

¿Cómo disminuir la sensibilidad al sol?

- No exponer la piel directamente al sol.
- Use gorros y gafas de sol.
- Use loción protectora, con factores de protección altos (> 30).

- No exponer al sol entre las 11 a.m. y las 3 p.m.

¿Cómo cuidar la piel durante y después de la radioterapia?

- Lave la piel con agua tibia y jabón suave.
- Mantenga el área de tratamiento limpia y seca.
- Use ropas sueltas a ser posible de tejidos naturales.
- Evite el uso de compresas heladas, bolsas de agua caliente y mantas eléctricas.
- Evitar la luz del sol directa sobre la piel tratada.
- Evitar el rascado.
- Evite el roce de la piel con gomas elásticas, cadenas...

REUMATOLOGÍA

Artrosis
Dolor cervical
Lumbalgia
Osteoporosis
Actividad física y salud

ARTROSIS

¿Qué es la artrosis?

Es una enfermedad crónica caracterizada por el progresivo deterioro y desgaste del cartílago que recubre la superficie de las articulaciones. Este deterioro produce la aparición de dolor con el uso de la articulación, deformidad progresiva e incapacidad variable para caminar y permanecer de pie cuando se afectan articulaciones de los miembros inferiores. Puede afectar cualquier articulación, en forma aislada o múltiple, siendo las más frecuentes las manos, columna vertebral, rodillas, caderas y dedos de los pies.

¿Por qué se produce?

Es la enfermedad reumática más frecuente, ya que a partir de los 50 años todo el mundo tiene signos radiológicos de artrosis, sin embargo sólo un pequeño porcentaje de estas personas tiene síntomas debidos a la enfermedad. Hay factores que pueden acelerar el curso “normal” de desgaste que sufre el cartílago con el paso de los años como la existencia de antecedentes familiares de artrosis, la obesidad mantenida, actividades laborales o deportivas que sobrecarguen mucho las articulaciones (mineros, granjeros, trabajadores manuales, corredores, futbolistas...), alteraciones en la longitud de los miembros inferiores o de la alineación articular, fracturas óseas intraarticulares¹⁰⁷, lesiones de los meniscos o de los ligamentos, etc..

¿Qué síntomas produce?

La artrosis se caracteriza por la aparición de **dolor** profundo que se agrava con el movimiento prolongado y mejora con el reposo. El dolor se localiza sobre la articulación afectada aunque también puede sentirse a cierta distancia. En fases avanzadas puede ser continuo e incluso nocturno. La artrosis de rodillas y caderas duele típicamente al caminar o estar de pie mucho tiempo, al subir y bajar escaleras, caminar por terrenos irregulares o levantarse de una silla. Tras un periodo de descanso, al reiniciar el movimiento hay sensación de **rigidez** y dolor (normalmente dura menos de 20 min.), como si la articulación tuviera que calentarse para volver a funcionar, y tras un periodo variable de uso, reaparece el dolor teniendo que descansar de nuevo.

Otros síntomas son: **crepitación** (crujidos con el movimiento), **disminución del arco de movilidad**, **deformación** articular y **disminución de la capacidad funcional** en fases avanzadas. A veces, coincidiendo con sobrecargas, puede producirse **inflamación** articular, con derrame y enrojecimiento.

¿Cómo se diagnostica la artrosis?

El diagnóstico se realiza mediante la **historia clínica** en la entrevista con el paciente, la **exploración** de las articulaciones y unas **radiografías simples**. Ocasionalmente es necesario extraer y **analizar el líquido sinovial** acumulado dentro de la articulación (rodillas) para descartar otras enfermedades que pueden dar síntomas parecidos a los de la artrosis. No hacen falta análisis especiales de laboratorio para diagnosticar la enfermedad. La realización de otras pruebas de imagen como la ecografía, TAC o resonancia magnética no está indicada de manera rutinaria, aunque puede ser útil si existen dudas en el diagnóstico o para descartar otros procesos asociados (necrosis ósea avascular, roturas meniscales, alteraciones ligamentosas...)

¿Cómo se trata la artrosis?

El tratamiento persigue conseguir el alivio de los síntomas: disminuir el dolor, mantener y mejorar la movilidad articular y disminuir la discapacidad.

Medidas higiénico-dietéticas: encaminadas a modificar las actividades que favorecen la aparición de la artrosis o agravan sus síntomas. Por ejemplo: empleo de bastón al caminar y calzados adecuados, evitar la inactividad, modificar posturas incorrectas, eliminar la obesidad mediante ejercicio físico y una dieta adecuada, disminuir las actividades de carga,...

Terapias físicas: los ejercicios de estiramiento (que preservan y aumentan la movilidad), los de fortalecimiento, y el ejercicio aeróbico (natación, ejercicios acuáticos, danza, bicicleta o simplemente andar), confieren fuerza y flexibilidad a nuestro aparato locomotor y disminuyen el dolor y la rigidez articular; los TENS (estimulación eléctrica nerviosa transcutánea) son capaces de disminuir la rigidez y el dolor de la artrosis de rodillas; las cuñas o plantillas parece mejorar la sintomatología en determinados tipos de artrosis; no existen estudios clínicos rigurosos que avalen la aplicación otras terapias físicas (crioterapia, magnetoterapia o la mesoterapia).

Tratamiento farmacológico: *los analgésicos simples* son el tratamiento inicial de elección de la artrosis. Tienen un excelente perfil de seguridad. Los más empleados el paracetamol a dosis de 1gr/ 6-8 h y el metamizol. **Los analgésicos opiáceos menores** (codeína, tramadol o fentanilo) se reservan para casos de dolor moderado o severo que no se controla bien con analgésicos simples.

Los **antiinflamatorios no esteroideos** (AINEs) se emplean en casos de dolor moderado con respuesta incompleta a los analgésicos simples. Son especialmente eficaces en los episodios inflamatorios de la artrosis. La aparición de efectos secundarios es frecuente (gastrointestinales y renales). Los nuevos AINEs inhibidores selectivos de la COX – 2¹⁰⁸ (celecoxib y rofecoxib) presentan una menor frecuencia de efectos adversos gastrointestinales. **Los**

SYSADOA (fármacos de acción sintomática lenta como la diacereína, sulfato de glucosamina, condroitin sulfato y ácido hialurónico) son un nuevo grupo que parece ser capaz de frenar la progresión de la artrosis además de controlar sus síntomas. Su inicio de acción es lento pero su efecto es mantenido. Las **infiltraciones con corticoides** son eficaces en artrosis con componente inflamatorio.

Tratamiento quirúrgico: Los **lavados articulares** bajo artroscopia dan buenos resultados especialmente si se acompañan de la extirpación de cuerpos libres y osteofitos. Las **cirugías de varización y valguización**¹⁰⁹ persiguen alinear correctamente la extremidad y son una buena solución a medio plazo para retrasar en pacientes jóvenes la colocación de una prótesis articular. Las **artrodesis**¹¹⁰ disminuyen el dolor a costa de dejar inmóvil la articulación. Las **prótesis articulares** son la solución definitiva al tratamiento de la artrosis cuando han fracasado las medidas anteriores descritas. Los resultados funcionales a largo plazo son buenos, pero el desgaste del material protésico con el uso con necesidad de una nueva cirugía para recambio, limita su uso en pacientes jóvenes.

DOLOR CERVICAL

¿Qué es el dolor cervical?

Es el dolor de la parte posterior y lateral del cuello, aunque, a veces, se puede extender hacia otras regiones como la nuca, los hombros, los brazos, manos, cabeza y zona dorsal de la espalda, produciendo síntomas añadidos como cefalea, adormecimiento o dolor de los brazos o de los dedos de las manos, o inestabilidad breve con los movimientos bruscos de la cabeza.

Es una patología muy frecuente y prácticamente todo el mundo lo experimenta alguna vez en la vida. Generalmente es un cuadro leve, debido en más del 90% de los casos a sobrecargas mecánicas de la zona cervical, y situaciones de estrés y ansiedad. Se produce un dolor mecánico¹¹¹ agudo que empeora con los movimientos de la cabeza, al hacer esfuerzos con los brazos y con las tensiones, y suele mejorar con calor local, analgésicos simples, movimientos suaves e incluso masajes. Para su diagnóstico basta una exploración cuidadosa y unas preguntas sencillas.

Suele durar pocos días y mejora fácilmente con tratamiento. Para evitar recaídas es necesario hacer cambios en el estilo de vida, y en las posturas de las actividades cotidianas, así como controlar el estrés.

En menos del 5% de los casos la cervicalgia¹¹² puede tener una causa importante que requiera consulta especializada y una serie de de exploraciones complementarias para llegar al diagnóstico.

Causas del dolor cervical

Sabemos que las tensiones, las sobrecargas y algunas posturas pueden provocarlo. Los principales desencadenantes de los episodios de dolor cervical suelen ser: estar mal sentados durante periodos prolongados; descansar o dormir en posturas incorrectas (boca abajo, sin almohada o con almohada inadecuada), y trabajar en posiciones forzadas del cuello, la cabeza o los hombros. También las posturas muy estáticas del cuello y los movimientos muy repetitivos de la cabeza o de las extremidades superiores son un factor de riesgo para tener cervicalgia

Estos factores producen una sobrecarga mecánica continuada con acúmulo de tensión y fatiga en los músculos y ligamentos del cuello, y más a largo plazo, favorece la aparición de dos patologías degenerativas muy frecuentes de la columna cervical: *la enfermedad del disco intervertebral* y la *artrosis cervical*.

En un número pequeño de casos, la causa es un traumatismo o en un accidente de coche que produce un cuadro de *“latigazo cervical”* con esguince muscular y ligamentario del cuello. Otras causas posibles son el síndrome de *dolor miofascial*, que se origina por fatiga y contractura de los músculos del cuello y parte alta de la espalda, la neuralgia occipital, la patología tendino-ligamentosa cervical.

Las causas graves de dolor cervical son poco frecuentes (< 5%), y comprenden enfermedades inflamatorias (artritis reumatoide, espondiloartropatías, polimialgia reumática), enfermedades infecciosas (espondilodiscitis bacteriana, osteomielitis tuberculosa o por brucela, meningitis), enfermedades tumorales (habitualmente metastásicas, de origen bronquial, tiroides, riñón, próstata, mama y mieloma; los tumores benignos son muy raros), cardiopatía isquémica con dolor irradiado al cuello.

Tratamiento del dolor cervical

- Tome analgésicos simples como Paracetamol o metamizol cada 4-6 horas; aplíquese calor suave en el cuello mientras está tumbado en un plano rígido durante 15 minutos, y después haga movimientos suaves con el cuello en todas direcciones hasta donde el dolor le permita varias veces al día.
- Cuide las posturas: siéntese con la espalda apoyada en el respaldo y acerque la silla a la mesa para trabajar con los antebrazos colocados sobre la mesa sin doblar el cuello hacia delante.
- Mantenga siempre la cabeza erguida alineada con la espalda, sobre todo al leer, coser, conducir, al utilizar el ordenador...

- Evite llevar la cabeza hacia adelante. Lleve la cabeza hacia atrás siempre que pueda unos segundos.
- Trabaje de frente al monitos del ordenador : evite tener el cuello girado a un lado
- Evite los movimientos y giros bruscos de la cabeza.
- Duerma con una almohada de altura adecuada, de plumas o trocitos de espuma, que se pueda adaptar a la curvatura del cuello y que llene el hueco que queda entre la oreja y el hombro al dormir de lado.
- No duerma boca abajo, ni con los brazos debajo de la almohada o muy separados del cuerpo.
- Al ducharse mantenga un rato el agua caliente cayendo sobre su cuello.
- Tómese la medicación tal y como se la pautó su médico y si tiene algún problema consúlteselo.
- Haga ejercicios con el cuello siempre que lo note “tenso o cargado” durante el día.
- Sea paciente y constante, el dolor se irá fijando en un punto del cuello para posteriormente desaparecer.
- Si al hacer los ejercicios el dolor aumentara, no se preocupe porque en dos o tres días esto cederá. En caso de que no cediera el dolor, consulte con su médico.
- Haga pausas en su trabajo cada hora durante unos minutos para estirar el cuello y cambiar de postura.
- Aprenda a dosificar y planear su trabajo para evitar sobrecargas y estrés

Prevención del dolor cervical

- Haga todo lo comentado en el apartado anterior por costumbre.
- Evite posiciones fijas y mantenidas mucho tiempo, cambie de posición a intervalos regulares.
- Evite cargar grandes pesos con los brazos.
- Haga ejercicios diarios con el cuello.
- Si se siente estresado, haga técnicas de relajación y deportes al aire libre de forma regular.
- Ante pequeñas molestias del cuello, tome un analgésico, cuide las posturas haciendo pausas y ejercicios con su cuello con frecuencia.

LUMBALGIA

¿Qué es la lumbalgia?

Es el dolor que aparece en la parte inferior de la espalda, entre las dos últimas costillas y la zona glútea. El 80% de la población sufre este dolor a lo largo de

su vida, siendo la inmensa mayoría de las veces un trastorno benigno de causa mecánica. Se caracteriza porque aumenta con los movimientos de la zona lumbar y mejorar con el reposo, no acompañándose de fiebre o pérdida de peso ni de otras alteraciones. En la mayoría de los casos los médicos no podemos encontrar la causa exacta del dolor, pero sí podemos asegurar que no es un problema grave y que la mayoría de las personas mejoran con el tratamiento y vuelven a su vida normal en poco tiempo (entre 2 y 6 semanas), sin que sea necesario realizar otras pruebas.

En menos de un 10% de los casos, la lumbalgia puede tener una causa importante que requiera consulta especializada y realizar exploraciones complementarias para llegar al diagnóstico.

Hablamos de ***lumbociática o ciática*** cuando el dolor lumbar se extiende hasta el talón o el pie descendiendo por la parte posterior o lateral del muslo y la pierna. Su presencia sugiere afectación de las raíces nerviosas que salen de la columna lumbar y llevan sensibilidad o las órdenes para contraer los músculos a los miembros inferiores a través del nervio ciático.

Causas del dolor lumbar :

La lumbalgia es más frecuente en personas con sobrepeso, mala forma física, vida sedentaria, malas posturas en sus actividades diarias (al levantar objetos pesados o al agacharse), o que permanecen mucho tiempo en la misma posición. La mitad de las mujeres embarazadas lo padecen debido al peso extra que soportan durante la gestación. Además, existen muchas enfermedades que pueden producir lumbalgia, las más frecuentes son la artrosis, las fracturas vertebrales, la hernia discal, o la espondilitis.

La artrosis lumbar produce un dolor mecánico, con largos periodos asintomáticos. La espondilitis produce un dolor de tipo inflamatorio, es decir, empeora durante el reposo nocturno, de madrugada y mejora con la actividad y el ejercicio.

La hernia discal se manifiesta generalmente como lumbociática. Las fracturas vertebrales suelen producir un dolor de aparición brusca y muy incapacitante, con antecedentes previos de esfuerzo, traumatismo u osteoporosis.

¿Cómo aliviar el dolor lumbar?

En principio, no abandone todas sus actividades, simplemente reajústelas y disminuya un poco las más pesadas. Haga pequeños descansos a lo largo de su jornada. Tome analgésicos simples como paracetamol o metamizol cada 4-6 horas, o antiinflamatorios no esteroideos.

En momentos de intenso dolor, tumbese sobre una superficie rígida con las piernas elevadas y las rodillas dobladas formando un ángulo de 90º, apoyadas sobre una silla, colocándose calor suave en la espalda durante 15 minutos, y

después haga estiramientos suaves de su espalda si nota los músculos contracturados y rígidos. El reposo en cama sólo es recomendable en contadas ocasiones (dolor muy intenso que no permite ningún movimiento y no cede en ninguna otra postura), y no debe durar más de tres días: pasado ese plazo hay que levantarse y realizar actividad física progresiva y suave, aunque el dolor no haya desaparecido todavía, porque la actividad acelera la recuperación. Intente volver a sus actividades laborales y recreativas de forma paulatina. Haga cada día ejercicio suave y aumente la intensidad y duración del mismo según su dolor lumbar se lo vaya permitiendo. Cuide las posturas al agacharse y al coger pesos. No permanezca mucho tiempo de pie ni sentado y cambie frecuentemente de postura. Sea constante con los ejercicios y paciente, porque necesitará algunas semanas para curarse. Si no mejora con estas medidas, acuda a su médico.

¿Cómo prevenir el dolor lumbar?

Hay que cuidar varios aspectos: higiene postural, ejercicio físico regular, control del sobrepeso, evitar esfuerzos y pesos excesivos y controlar el estrés.

Higiene Postural:

- Cambie de postura frecuentemente. Si está de pie mucho tiempo, cambie el peso del cuerpo de una pierna a la otra o apoye un pie sobre un alfiler. Pasee en vez de permanecer quieto en el mismo sitio.
- Camine erguido sin echar los hombros hacia delante; evite los zapatos de tacón alto o muy planos. Evite llevar pesos sujetos contra el pecho, mejor use una mochila para llevarlos.
- Al sentarse, apoye la espalda estirada en una silla con respaldo firme, alto y un poco inclinado hacia atrás. Mantenga los pies sobre el suelo y las rodillas dobladas a la altura de sus caderas. Puede colocar un cojín que se adapte a la curvatura de su columna lumbar. Evite los asientos muy bajos y blandos (sofás) o sin respaldo (taburetes). Levántese de la silla regularmente, haciendo fuerza con las piernas, sin doblar la espalda hacia adelante. Elija asientos con brazos para apoyarse al levantarse.
- Al conducir apoye la espalda, mantenga los brazos estirados y haga pausas cada dos horas, haciendo ejercicios de estiramiento o caminando unos minutos para evitar la fatiga.
- Evite colchones blandos y almohadas muy altas. No duerma boca abajo ni sin almohada. Duerma de lado, (en posición fetal), o boca arriba con las rodillas flexionadas.
- Doble las rodillas o apoye una rodilla en el suelo al agacharse o al levantar pesos del suelo; no doble la cintura al barrer o pasar el aspirador; súbase a una silla para alcanzar objetos o limpiar por encima

de su cabeza en lugar de ponerse de puntillas. Evite cargar las bolsas de la compra: mejor empuje un carro. Reparta el peso entre las dos manos. Transporte los objetos pesados lo más cerca posible del cuerpo. No gire el tronco sin mover los pies cuando va cargado.

- Pida ayuda para mover objetos pesados, y evite levantarlos por encima de los hombros.

Control del sobrepeso

- Mantenga un peso adecuado; si tiene sobrepeso haga una dieta controlada por su médico

Ejercicio Físico

- Mejore su forma física y **evite el sedentarismo: camine a diario** al menos 30 minutos a paso vivo por terreno llano; Suba las escaleras en lugar de coger el ascensor. Haga natación, gimnasia, baile, o pedalee en bicicleta 30 minutos con el manillar elevado tres veces por semana al menos.
- El estrés y las preocupaciones empeoran el dolor de espalda, aprenda técnicas de relajación.
- Haga ejercicios de espalda **cada día** tras calentar la zona con una manta eléctrica o una ducha durante 10-15 minutos. Repita cada ejercicio 5 veces al principio y aumente las repeticiones progresivamente hasta un máximo de 15-20.

OSTEOPOROSIS

¿Qué es la osteoporosis (OP)?

Esta enfermedad se caracteriza por un aumento de la fragilidad ósea originado por una disminución excesiva del tejido del hueso (proteínas y sales minerales), lo que hace que éste sea más susceptible a los golpes y tenga más riesgo de fracturas.

Causas de la OP: La masa ósea es la cantidad de hueso (proteínas y sales de calcio) que tiene el esqueleto de una persona en un momento de su vida. Depende de la edad, el sexo y la raza. El hueso es un tejido vivo en el que se alternan de forma continua y equilibrada fases de destrucción y de formación, y este proceso está regulado por hormonas, la actividad física, la dieta, los hábitos tóxicos y la vitamina D. Las personas alcanzan su máxima cantidad de masa ósea (pico de masa ósea) a los 30-35 años, a partir este momento, se produce una pérdida natural, progresiva y lenta de masa ósea que dura el resto de la vida. Hay varios tipos de OP según la causa:

a) OP postmenopáusica: Las mujeres alcanzan un menor pico de masa ósea menor que los varones, y además, al llegar la menopausia y cesar la producción de hormonas ováricas, se puede sufrir una pérdida más acelerada de hueso conduciendo a la OP.

b) OP del anciano: Con el envejecimiento disminuye la formación de hueso y se altera el metabolismo de la vitamina D, lo cual conduce a la OP

c) OP secundaria: algunos factores causan OP, como el consumo de tóxicos (alcohol), ciertos fármacos (cortisona), enfermedades reumatológicas inflamatorias crónicas (artritis reumatoide, lupus, espondilitis), enfermedades endocrinas y de la sangre, patología del hígado y malabsorción.

Factores de riesgo para tener OP: Son: Pérdida temprana de la menstruación o cirugía ginecológica con extirpación de los dos ovarios antes de los 46 años, historia familiar de OP, consumo de tabaco y alcohol, constitución física delgada y con poca musculatura, escasa actividad física, tratamientos prolongados con cortisona o derivados, hormonas tiroideas o heparina, enfermedades endocrinas, enfermedades reumatológicas inflamatorias y patologías digestivas que dificulten la absorción.

Síntomas: La OP no da síntomas hasta que la pérdida de hueso es tan importante como para que aparezcan fracturas. Muchas veces el diagnóstico de la enfermedad se hace ante la aparición de fracturas de repetición de huesos largos (cadera, muñeca, húmero) tras mínimos golpes o caídas, o aplastamientos vertebrales tras mínimos ejercicios como girarse, toser, agacharse, o incluso de forma espontánea. La OP produce pérdida de altura progresiva y aparición de una "joroba" en la zona dorsal por acúñamiento de las vértebras, pudiendo producir dolor vertebral si la deformidad es grande.

El diagnóstico de OP debe hacerse de forma precoz antes de que se produzcan las fracturas, detectando las personas con factores de riesgo y buscando signos radiológicos sugestivos de desmineralización. La OP no suele alterar los análisis. La realización de una Densitometría ósea¹¹³ permite medir la densidad mineral ósea individual y compararlo con el de la población sana de referencia para ver el riesgo de fracturas. Debe estudiarse la masa ósea en: mujeres con menopausia precoz, mayores de 65 años, personas con factores de riesgo para OP, y ante la aparición de signos radiológicos de osteopenia o aplastamiento vertebral.

Tratamiento de la OP: Su objetivo es reducir el número de fracturas debidas a esta enfermedad. Se emplean varios tipos de fármacos para frenar la pérdida de hueso: los bifosfonatos¹¹⁴, las calcitoninas¹¹⁵, el raloxifeno¹¹⁶ y los estrógenos, asociados a suplementos de calcio y vitamina D si no se alcanzan con la dieta los requerimientos diarios de calcio recomendados (tabla 1). En la OP del anciano suele ser necesario administrar sólo suplementos de calcio y vitamina D.

Para prevenir la aparición de la enfermedad se recomienda una **ingesta adecuada de calcio**, sobre todo en épocas críticas como la adolescencia, juventud y postmenopausia, **suprimir hábitos nocivos** como el consumo de alcohol y el tabaco, y realizar una cuota **de ejercicio diaria**. En los ancianos es necesario también **prevenir las caídas** para evitar la fractura de cadera, para lo cual hay que evitar medicación que disminuya su nivel de alerta o su coordinación motora, iluminar adecuadamente la vivienda, usar calzado con suela antideslizante, evitar alfombras y cables sueltos por el suelo, **etc.** También son útiles los **protectores externos de cadera** que en caso de caída amortiguan el impacto.

Tabla 1: Requerimientos de calcio diario recomendados

Niños:

- Nacimiento-6 meses: 400 mg
- 6 meses-1 año: 600 mg
- 1 año- 8 años: 600-800 mg
- Adolescentes y hasta 25 años: 1200- 1500mg

Mujeres:

- 25-50 años: 1000mg
- embarazo, lactancia: 1200 - 1500mg
- Menopáusicas: 1200-1500 mg
- >65 años: 1500 md

Hombres

- 26-65 años: 1000 mg
- >65 años: 1500 mg

ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

Se denomina **actividad física** a cualquier tipo de movimiento corporal que produce gasto de energía. Si los movimientos realizan de manera estructurada pasa a denominarse **ejercicio físico** mediante el cual alcanzaremos la **forma física** (flexibilidad, fortalecimiento y balance corporal).

La actividad física practicada de manera regular aporta muchos beneficios a nuestra salud (bienestar general, resistencia física, mayor fuerza y flexibilidad.) Por el contrario, son numerosos los riesgos derivados de una vida sedentaria (enfermedades cerebrovasculares, diabetes del adulto, osteoporosis, hipertensión arterial, depresión, sobrepeso o cáncer de colon).

Cualquier actividad física que se inicie, por ligera que sea, es mejor que permanecer sentado en un sofá, si bien es cierto que cuanta mayor actividad

física se realice mayor será el beneficio obtenido para nuestra salud. La actividad física desempeñada durante nuestra jornada laboral ni es la adecuada ni alcanza la intensidad necesaria por lo que es necesaria la realización de actividades complementarias en la gran mayoría de las personas.

Es importante utilizar un equipo adecuado (chándal, zapatillas deportivas y elementos de protección como el casco o coderas si fuera necesario) a la actividad, el lugar y la época del año en que la actividad física va a ser realizada. Siempre es aconsejable consultar antes con un médico, especialmente si se padece algún tipo de dolencia, nunca antes se realizó actividad física alguna o simplemente se es una persona de edad avanzada.

Hay tres tipos básicos de actividades físicas que al ser complementarias se recomienda realizar conjuntamente, pues se suman sus efectos:

- **Actividades de flexibilidad:** danza, yoga, Táí Chi o tablas de ejercicios de estiramientos. Nos ayudan a movernos más fácilmente y mantienen los músculos y articulaciones relajadas y elásticas. **Actividades de resistencia:** encaminadas a conseguir una adecuada función del corazón, los pulmones y el sistema circulatorio. Son deportes como el ciclismo, patinaje, natación, tenis, golf, andar a paso rápido, correr, remar,... Constituyen el ejercicio aeróbico y son las actividades más importantes y que más nos ponen en forma.
- **Actividades de fortalecimiento:** levantamiento de pesas, las tablas de abdominales,... Es importante realizarlas de manera equilibrada trabajando todos los grupos musculares.

Si nunca se ha hecho ejercicio, debe comenzarse de forma lenta y progresiva con sesiones de 20 minutos, aumentando progresivamente el tiempo empleado hasta completar sesiones de 45 minutos de actividad física suave o moderada todos los días o al menos unos cinco días a la semana. Es recomendable dedicar al menos 5 minutos a la realización de ejercicios de estiramiento antes y al terminar la actividad física. Para controlar que la intensidad del ejercicio físico que hacemos es el adecuado, lo mejor es controlar la frecuencia del pulso durante el mismo. Dicha frecuencia, debe mantenerse dentro de unos límites que aparecen calculados, en función de la edad y para un nivel moderado de ejercicio, en la Tabla1, lo que asegura conseguir suficientes beneficios para la salud sin exponerse a riesgos.

EDAD	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR
20-30 años	114	152
30-40 años	108	144
40-50 años	102	136
50-60 años	96	128
Más de 60 años	90	120

Tabla 1:
Frecuencias del pulso aconsejables para un nivel de ejercicio moderado según la edad.

A continuación describimos tres modalidades de ejercicio físico

- **Caminar:** Es en general la actividad física más sencilla que se puede realizar. Es recomendable para todas las personas de cualquier edad, siendo además una práctica segura.
- Natación: es el ejercicio ideal debido a los importantes beneficios que proporciona junto a la baja tasa de lesiones que produce. Las modalidades más recomendadas son el "Crolls" y la espalda. Los ejercicios acuáticos están especialmente indicados para aquellas personas que no saben nadar. Además de aportar los mismos beneficios que la natación, aumentan la coordinación corporal.
- Bicicleta: la bicicleta constituye una actividad física alternativa a caminar. La bicicleta estática, además de segura, le permite realizar simultáneamente otras actividades como leer un libro, estudiar o ver la televisión. Hay que asegurarse de su correcta realización (posición del sillín, manillar alto, evitar la flexión excesiva de la espalda...) para evitar lesiones.
- Para terminar, a continuación detallamos una serie de medidas encaminadas a aumentar la actividad física diaria sin necesidad de realizar ejercicios programados.
- Utilizar el coche lo menos posible especialmente en los desplazamientos cortos.
- Bajar del autobús o del metro varias paradas antes y recorrer el camino restante andando.
- Subir o bajar escaleras **en vez de coger el ascensor.**
- Pasear y jugar con los hijos o los nietos.
- Realizar estiramientos periódicamente durante la jornada laboral.
- Aprovechar las vacaciones para ejercitarse (senderismo, patinetes en la playa, paseos en bicicleta...)
- Pasear después de cenar o de comer

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Consejos para pacientes Área 10. SIGMA 2001.
2. JAMA. (http://jama.ama-assn.org/cgi/collection/patient_page)
3. AMERICAN FAMILY PHISICIAN
(www.familydoctor.org/handouts/063.htm).
4. MEDLINEPLUS (www.medlineplus.gov).
5. CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (www.cdc.gov)
6. PUBLICACIONES DE LA FOOD AND DRUG ADMINISTRATION
(www.fda.gov).
7. HEALTHFINDER (www.healthfinder.gov).
8. FISTERRA (www.fisterra.com)
9. Carrillo A, Ramírez J. "Definición y Resumen Histórico"; en: Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos: Cirugía Endoscópica. Arán Ediciones S.L. 2003. 33-43
10. Soper NJ. "The influence of the laparoscopy approach in abdominal surgery: the third surgical revolution"; en: Morales-Conde S. (ed.) Laparoscopic Hernia Repair. Springer Verlag France. 2002. 31-33
11. Talamini M, Gadacz T. "Laparoscopic equipment and instrumentation"; en: Zucker K. (ed.) Surgical Laparoscopy. Quality Medical Publishing, Inc. St. Louis, USA. 1991. 23-57.
12. Mouret Ph. "Cirugía Laparoscópica: ¿una evolución de la filosofía quirúrgica?"; en: Meinero M, Melotti G, Mouret Ph (eds.) Cirugía Laparoscópica. Ed. Panamericana. 1996. 1-10.
13. Mastery of Surgery, 4ª ed. Robert J. Baker, Josef E. Fischer et al. Lippincot Williams & Wilkins, 2001.
14. Tratado de Patología Quirúrgica, 15ª ed. Sabiston et al. Mc Graw-Hill, 1999.
15. Cirugía colorrectal. Guía clínica de la Asociación española de cirujanos. Arán, 2002.
16. Detrás de un estoma estás tú. Area de estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos.
17. Guía para la persona ileostomizada y su familia. Sociedad Española de Estomaterapia.
18. Guía para la persona colostomizada y su familia. Sociedad Española de Estomaterapia.
19. Sabiston D.C. Tratado de Patología Quirúrgica. XV Edición. Philadelphia: McGraw-Hill Interamericana, 1999, p: 1113-1114.

20. Lledó Matoses S. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos: Cirugía colorrectal. Madrid: Arán, 2000, p: 109-127.
21. Phillips RKS, Lunnis PJ. Anal fistula. Surgical evaluation and management. Chapman Hall Medical, London, 1996; 184.
22. The Standards Practice Task Force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for treatment of fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 1996; 39: 1361-1372.
23. Mastery of Surgery, 4ª ed. Robert J. Baker, Josef E. Fischer et al. Lippincot Williams & Wilkins, 2001.
24. Tratado de Patología Quirúrgica, 15ª ed. Sabiston et al. Mc Graw-Hill, 1999.
25. Cirugía colorrectal. Guía clínica de la Asociación española de cirujanos. Arán, 2002.
26. Principios de Cirugía. 6ª Edición. Seymour I Schwartz. Interamericana McGraw- Hill. 1996.
27. Principios de Cirugía. 6ª Edición. Seymour I Schwartz. Interamericana McGraw- Hill. 1996.
28. Maingot. Operaciones Intestinales. 10ª Edición. Michael J. Zinder. Editorial Médica Interamericana.
29. Guía clínica de la Asociación Española De Cirujanos. Cirugía de la Pared Abdominal.
30. Rook. Textbook of dermatology. 5ª ed. Ed. Blackwell scientific publications.
31. Fitzpatrick. Dermatología en medicina general. 5ª ed. Ed. Panamericana.
32. Lázaro Ochaíta. Dermatología. Texto y Atlas. 3ª ed. Ed. Luzán.
33. A. Du Vivier. Atlas de dermatología clínica. 2ª ed. Ed. Harcourt Brace.
34. Dra Isabel Martínez. Guía de la alimentación del enfermo en diálisis.
35. Novartis. Guía para el paciente trasplantado.
36. Drs. A. Miguel, R. García Ramón. Manual de diálisis peritoneal III.
37. Susan E. Johnston. La dieta en la insuficiencia renal.
38. -De Vita, VD Jr, Hellman S, Rosemberg SA. Cancer: Principles and practice of Oncology. Philadelphia: Lippincott-Raven, 2001.
39. -Díaz Rubio E, Guillem Porta V, Guía de prescripción médica, 2002.
40. -Díaz Rubio E, García-Conde J. Oncología Clínica Básica. Arán ed, 2000.
41. "Guía para el cuidado del paciente con cáncer en el hogar" del Colegio Americano de Médicos. Fundación del Doctor Melchor Colet y

- colaboración de la Asociación Española contra el Cáncer (AecC) 1994.
- 42. "Autocuidado en pacientes oncológicos. Pautas estéticas" Asociación Española de Estética Reparadora Integral. 2004
 - 43. "Lo que tu hijo necesita. Guía de apoyo para padres de niños oncológicos" Editado por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Oficina Regional de Coordinación Oncológica. 1998

GLOSARIO

- 44. Hidrolizados de proteínas: Proteínas fragmentadas
- 45. Alergenos: Sustancias capaces de desencadenar reacciones alérgicas.
- 46. Sensibilidad aumentada: Respuesta aumentada ante determinados estímulos de las vías respiratorias
- 47. Epitelios: El término "epitelio" se refiere a las células que recubren los órganos huecos y las glándulas y que forman la superficie del cuerpo.
- 48. Ácaro: Son unos microorganismos microscópicos que se alimentan de los restos orgánicos que se encuentran en el polvo casero y que pueden desencadenar reacciones alérgicas y asma.
- 49. Cromonas: Fármacos de acción antiinflamatoria que se utilizan en el asma leve
- 50. Leucocrienos: Fármaco de acción antiinflamatoria utilizado en el tratamiento del asma
- 51. Antihistamínicos orales: Fármacos que actúan bloqueando los receptores histamínicos disminuyendo de esta forma los síntomas alérgicos
- 52. Corticoides inhalados: Fármacos de acción antiinflamatoria que constituyen la base del tratamiento del asma
- 53. Betabloqueantes (antihipertensivos): Fármaco utilizado en el tratamiento de la hipertensión, que actúa bloqueando un receptor presente en la membrana celular de algunas células de nuestro organismo.
- 54. Asas del intestino: Pliegues que hace el intestino delgado que se conocen con este nombre.
- 55. Perianal: Alrededor del ano
- 56. Enfermedad de Crohn: Enfermedad inflamatoria del intestino que se caracteriza por dolor abdominal, rectorragia, diarrea y fiebre.

- 57. Alimentos irritantes: Alimentos que pueden empeorar los síntomas como picantes y especias.
- 58. Venotónicos: Fármacos utilizados para mejorar la microcirculación
- 59. Hernias crurales: Hernia que se forma por detrás de la capa posterior del conducto crural.
- 60. Incarceración: Compresión del contenido de una hernia a su paso a través de un orificio.
- 61. Abocado: Que se abra a la piel a través de una boca o apertura.
- 62. Yeyuno: Segunda porción del intestino delgado
- 63. Ileon: Última porción del intestino delgado, que desemboca en el intestino grueso.
- 64. Alopecia androgénica: Originada por efecto de las hormonas masculinas
- 65. Antifúngicos: Fármacos utilizados para el tratamiento de las infecciones producidas por hongos
- 66. Lupus eritematoso sistémico: Enfermedad originada por la producción de anticuerpos contra nuestras propias células y que se caracteriza por manifestaciones en diferentes órganos y en la piel.
- 67. Tópico: Fármaco que se aplica directamente sobre la piel
- 68. Dopamina: Neurotransmisor que se utiliza para la comunicación entre neuronas.
- 69. Haloperidol: Fármaco de utilización en psiquiatría para el tratamiento de los síntomas de la esquizofrenia
- 70. Adultos de origen celta: Descendientes de los antiguos celtas(norte de España, Inglaterra, Escocia e Irlanda)
- 71. Escamas untuosas: Con grasa
- 72. Endógeno: Originado por el propio organismo
- 73. Ketoconazol: Fármaco que se utiliza para el tratamiento de las infecciones producidas por hongos (del grupo de los antifúngicos)
- 74. Alquitrane: Producto derivado del petróleo que se utiliza para el tratamiento de diversos procesos dermatológicos.
- 75. Sulfuro de selenio y pitirionato de Zn: Son agentes antiinfecciosos, alivian el prurito y la descamación del cuero cabelludo y remueven las partículas secas y escamosas que se denominan comúnmente caspa o seborrea.
- 76. Sustancias emolientes: Sustancias que se utilizan como hidratantes
- 77. Aciclovir, famciclovir, valciclovir: Fármacos antivirales que se utilizan para el tratamiento del herpes simple y del herpes zoster.
- 78. Herpes tipo I y tipo II: Virus causantes de los herpes labial y genital.

- 79. VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana
- 80. Enfermedades de transmisión sexual: Enfermedades que se transmiten a través de las relaciones sexuales. Ejemplos son el herpes genital, la gonococcia, la sífilis, el VIH, la hepatitis b.
- 81. Andrógenos: Hormonas sexuales masculinas.
- 82. Folículos pilosos: Origen del pelo
- 83. Fármacos antiandrogénicos: Fármacos que bloquean la acción de las hormonas masculinas
- 84. Anabolizantes esteroideos: Fármacos cuya acción es análoga a las hormonas esteroideas producidas por las glándulas suprarrenales.
- 85. Verrugas plantares: Verrugas que se localizan en las plantas de los pies, frecuentemente dolorosas
- 86. Condilomas acuminados: Lesión producida por el virus del papiloma humano con aspecto de coliflor y que suele aparecer en la zona genital o perianal.
- 87. Cerviz: Cuello del útero
- 88. Medios de contraste: Sustancia que se inyecta en determinadas pruebas radiológicas y que facilita la visualización de determinadas lesiones.
- 89. Método ogino: También conocido como método del calendario. Se basa en evitar las relaciones sexuales en el momento en el que es más probable la ovulación (alrededor del día 14 del ciclo menstrual)
- 90. Método de la temperatura: Método de anticoncepción natural que consiste en evitar las relaciones sexuales en el momento en el que se produce la ovulación, momento en el cual se produce un aumento de temperatura.
- 91. Lactancia materna como método anticonceptivo: Se basa en el efecto que tiene una hormona producida durante la lactancia (prolactina), la cual inhibe la producción de hormonas sexuales y la ovulación.
- 92. Esponja: Son esponjas sintéticas saturadas de espermicida. Antes de cada relación sexual se moja la esponja, se inserta en la vagina y se coloca sobre el cuello uterino.
- 93. Sífilis: Enfermedad de transmisión sexual que se desarrolla en varias fases, dependiendo la clínica de la fase en que se encuentre en ese momento.
- 94. Hepatitis B: Enfermedad infecciosa que afecta al hígado y que se produce por el virus de la hepatitis b. Se puede transmitir a través de la sangre y las relaciones sexuales.

95. Gonorrea: Enfermedad de transmisión sexual que se caracteriza por la existencia de una secreción blanquecina-amarillenta a través de la uretra.
96. Recidivantes: Que se producen de forma repetitiva.
97. Absceso: Acúmulo de pus.
98. Pared vestibular: Se refiere al vestíbulo vaginal. La entrada de la vagina.
99. Ácido fólico: Vitamina que es conveniente durante
100. Toxoplasmosis: Parásito cuya infección durante el embarazo produce malformaciones en el feto.
101. Hiperfenilalaninemia: Aumento de los niveles de fenilalanina como consecuencia de algún déficit enzimático.
102. Fenilalanina: Aminoácido
103. Cordocentesis: Extracción de sangre del cordón umbilical
104. Biopsia corial: Biopsia del corion (lugar por donde asienta el embrión en la matriz) que sirve para el diagnóstico precoz de alteraciones genéticas.
105. Síndrome de Edwards: Es un trastorno genético que se caracteriza por una combinación de defectos congénitos que incluyen retardo mental grave, así como problemas de salud que comprometen a casi todos los sistemas orgánicos del cuerpo. Se origina como consecuencia de una trisomía del cromosoma 18.
106. Cuello uterino incompetente: Cuello uterino débil y que se dilata demasiado temprano. En algunos casos de cuello uterino incompetente, el médico puede ayudar a impedir la pérdida del embarazo suturando el cuello uterino hasta el alumbramiento. Este procedimiento se denomina cerclaje.
107. Parto pretérmino: Parto que se produce antes de la 37 semana
108. Placenta previa: Causa más frecuente de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo, que se ocasiona como consecuencia de la ubicación baja de la placenta
109. Aborto de repetición: Cuando se producen más de 3 abortos espontáneos.
110. Líquido amniótico. Es un líquido claro y ligeramente amarillento que rodea al bebé dentro del útero (feto) durante el embarazo y que está contenido en el saco amniótico
111. Sensibilizante: Capacidad de responder ante un antígeno
112. Obesidad franca: Aumento del peso corporal por encima de un IMC (Índice de Masa Corporal) de 30

- 113. Sobrecarga mecánica: Se refiere al mayor peso que tienen que soportar las articulaciones por el aumento de peso durante el embarazo
- 114. Gasto cardíaco: Volumen de sangre que puede bombear el corazón.
- 115. Transfusión feto-fetal: Complicación que puede producirse en el embarazo múltiple que consiste en el paso de sangre de un feto a otro.
- 116. Amniocentesis seriadas: Amniocentesis repetidas
- 117. Peritoneo: El peritoneo es la membrana que recubre la cavidad abdominal.
- 118. Hipertónicas: Se refiere a la alta concentración del contenido de las bolsas
- 119. Ácidos grasos poliinsaturados: Son grasas que poseen dos o más pares de átomos de carbono "insaturados" (si hidrógeno) .Disminuyen el colesterol total y el colesterol LDL. El más frecuente es el ácido linoleico presente en altas proporciones en el aceite de girasol y en el de uva.
- 120. Medicación inmunosupresora: Medicaciones que producen una disminución de las defensas naturales del organismo y que se utilizan habitualmente después de un trasplante
- 121. Troncos nerviosos: Se refiere a las vías a través de las cuales viaja el impulso eléctrico hasta los músculos
- 122. Pulsátil: Rítmico, latente, como un pulso
- 123. Aura: Síntomas que frecuentemente preceden a la migraña
- 124. Potenciales evocados: Este examen consiste en estimular uno de los sentidos (visión, audición y tacto) por medio de luces intermitentes, sonidos o pequeñas descargas eléctricas. Por medio de instrumentos especiales es posible registrar el recorrido de los potenciales eléctricos evocados por el estímulo correspondiente. Cuando hay bloqueos o las señales son conducidos de manera anormal es posible sospechar la existencia de una zona de desmielinización en la vía nerviosa explorada.
- 125. Soporte: Se refiere a la atención médica, rehabilitación
- 126. Arritmias: Alteraciones en el ritmo cardíaco normal. Cuando se produce un aumento del ritmo cardíaco se producen taquicardias. En las bradicardias se produce una disminución del ritmo cardíaco
- 127. Quimiosensibles: Que muestran respuesta terapéutica a la quimioterapia

- 128. Confirmación histológica: Confirmación mediante visualización del material de biopsia mediante la utilización de microscopia y otras técnicas
- 129. Ganglios : Órgano del sistema linfático que produce células de defensa para el organismo
- 130. Serosa: Membrana que envuelve órganos internos
- 131. Tratamiento sustitutivo con estrógenos: Tratamiento médico que consiste en proporcionar hormonas femeninas que se dejan de producir después de la menopausia.
- 132. Retracción del pezón, exudado por el pezón: Síntomas que pueden ocurrir en el cáncer de mama y que consisten en el hundimiento del pezón o en la existencia de secreción a través del mismo.
- 133. Valor pronóstico: Hallazgo que tiene utilidad para predecir la evolución de un tumor.
- 134. Tacto rectal: Consiste en la introducción del dedo en el recto para la palpación de la próstata. Se utiliza para el diagnóstico de las enfermedades de la próstata.
- 135. Antígeno específico prostático: Es una sustancia producida por la próstata que se utiliza para el diagnóstico del cáncer de próstata
- 136. Ecografía transrectal: Ecografía realizada a través del recto para la visualización de la próstata en la que se introduce el transductor a través del ano.
- 137. Asbesto: Es el nombre asignado a un grupo de seis materiales fibrosos diferentes usados para una gran variedad de productos manufacturados, principalmente en materiales de construcción (tejas para techado, baldosas y azulejos, embrague de automóviles, frenos, componentes de la transmisión, etc.
- 138. El radón es un gas radioactivo, insípido, invisible e inodoro que se forma por la descomposición natural del uranio, un elemento que se encuentra en casi toda la tierra, en las rocas y en el agua. Una vez que se forma, el gas radón se transmite a través de la tierra y puede contaminar el aire que respiras en tu casa o edificio.
- 139. Bronquioalveolar hace referencia a bronquios y alvéolos.
- 140. Neuroendocrino mal diferenciado: Son tumores originados en el tejido linfohematopoyético
- 141. Tomografía axial computerizada (TAC): Prueba de imagen en la que se visualizan los órganos de forma transversal y que se utiliza para el diagnóstico de distintas patologías

- 142. Resonancia magnética: Prueba diagnóstica de imagen que se usa cada vez más permitir cortes más finos, y en varios planos, ser más sensible para demostrar accidentes vasculares cerebrales, tumores y otras patologías, y no utilizar radiaciones ionizantes
- 143. Gammagrafía ósea: Prueba diagnóstica que se utiliza para conocer la densidad ósea en el diagnóstico de la osteoporosis.
- 144. Anatomopatológico: Resultado que se obtiene tras el examen macroscópico y microscópico de una biopsia.
- 145. Broncoscopia: Es un procedimiento diagnóstico en el cual se inserta una sonda con una pequeña cámara en el extremo por la nariz o la boca hacia los pulmones. Este procedimiento permite visualizar las vías aéreas del pulmón y permite recoger muestras de secreciones o de tejido (biopsias).
- 146. Mediastinoscopia: La mediastinoscopia es un procedimiento mediante el cual se inserta un instrumento con luz (mediastinoscopio) a través de una incisión cervical para examinar visualmente las estructuras de la parte superior de la cavidad torácica. Este procedimiento se utiliza más comúnmente para examinar los ganglios linfáticos en un paciente con cáncer pulmonar, con el propósito de establecer la etapa en la cual se encuentra la enfermedad. Asimismo, con el mediastinoscopio se puede tomar una muestra (biopsia).
- 147. Toracotomía: Incisión en el torax con finalidad generalmente terapéutica (resección de un tumor)
- 148. Rectosigmoidoscopia: Prueba diagnóstica que permite la visualización en una pantalla del recto y el sigma y que se utiliza para el diagnóstico de procesos patológicos en estas localizaciones.
- 149. Profilaxis: Prevención
- 150. Intraarticular: En el interior de las articulaciones. Este tipo de fracturas son frecuentes en la artrosis
- 151. COX-2: Enzima cuya inhibición tiene un efecto antiinflamatorio y en la que se basan algunos tratamientos utilizados en la artrosis
- 152. Cirugía de varización y valguización: Cirugías de rotación que se utilizan normalmente en el tratamiento de la artrosis de determinadas articulaciones como la rodilla.
- 153. Artrodesis: Es una técnica que consiste en fijación de 2 o más cuerpos vertebrales, añadiendo injertos óseos y colocando una fijación elástica o metálica que los mantenga unidos hasta lograr una unión sólida.

- 154. Dolor mecánico: Dolor que se desencadena con el movimiento
- 155. Cervicalgia: Dolor cervical
- 156. Densitometría ósea: Prueba diagnóstica que sirve para medir la masa ósea que se utiliza en el diagnóstico de la osteoporosis
- 157. Bifosfonatos: Grupo farmacológico utilizado en el tratamiento de la osteoporosis que se basan en disminuir la resorción ósea
- 158. Calcitonina: La calcitonina es una hormona humana que también se encuentra en los salmones. Funciona al prevenir el deterioro óseo y al aumentar la densidad de los huesos (espesor).
- 159. Raloxifeno: Fármaco que pertenece al grupo de los moduladores selectivos estrogénicos que tiene una acción hormonal.

ANEXO:

PROGRAMA DE EDUCACIÓN AL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Guía informativa para el enfermo coronario