

SUMARIO

- 2 Filtros selectivos en Baja Visión
- 3 La cistitis r dica mejora...
- 4 La incontinencia urinaria...
- 6 Vagabundeo... con demencia
- 8 Manejo prehospitalario del trauma
- 10 Atención al trauma en el hospital
- 11 Hiperaldosteronismo primario?
- 12 Papel de la enfermera...
- 13 ... alimentación cardiosaludable
- 14  Qu  es una ostomía?...
- 15 Mi hijo duerme mal...
- 16 Ayunas preoperatorias...
- 17 Pie diabético
- 18 Diálisis peritoneal...
- 20 Alergia a la proteína de la leche...
- 22 Diferencias entre diabetes...
- 23 ... La Gangrena de Fournier
- 24 Carcinoma Ductal in Situ de mama
- 25  Qu  es la sepsis?
- 26 El cuidador de persona anciana
- 28 Se me ha roto el preservativo...
- 30  Qu  es el divertículo de Zenker?
- 31 Alergia en quirófano
- 32 ... sobrehidratación en hemodiálisis
- 34 Retos en la alimentación saludable
- 35 Epilepsia y estatus epiléptico
- 36 Schwannoma renal...
- 38 Los cuidados paliativos
- 39 Virus del papiloma humano
- 40 Me han diagnosticado un tumor vesical infiltrante...
- 42 ... enfermedades de transmisión sexual en adolescentes
- 43 Lesión del nervio supraorbitario
- 44  Hallux valgus?
- 45 Preparación para colonoscopia...
- 46 ... divertículos en el colon
- 48 ...alérgicos y asmáticos y COVID-19
- 48 ... el estrés en niños y COVID-19
- 49 Helicobacter pylori y alimentación
- 50 Tengo cáncer de próstata y...
- 51 Coronavirus en niños...
- 52 Niños: No todo es Coronavirus
- 54 ...los niños: qué pueden aprender
- 56 La puerta verde de Panticosa

EJEMPLAR GRATUITO

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



Filtros selectivos en Baja Visión

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

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

Entendemos Baja Visión como cualquier grado de discapacidad visual que limite significativamente lo que una persona ve y no pueda ser corregida con gafas convencionales, lentes de contacto, tratamiento médico o cirugía.

Son patologías con afección visual, que además de la pérdida de visión conllevan una disminución de la calidad de vida: incapacidad para realizar tareas hasta ahora habituales, pérdida de movilidad, etc. Se consideran pacientes de Baja Visión, aquellos cuya agudeza visual en el mejor de los ojos es menor o igual al 30% o su campo visual inferior a 20°.

¿Qué patologías son las causantes de Baja Visión?

Degeneración Macular asociada a la edad (DMAE), Retinopatía Diabética, Catarata no operable, Miopía Magna, Desprendimiento de Retina, Glaucoma, Retinosis Pigmentaria, Albinismo... Cada una de ellas requiere un manejo optométrico ligeramente diferente. Estas patologías influyen en el paso de la luz, cuando entra menos luz de lo habitual en el ojo, hay una reducción de agudeza visual y del contraste, y una desaturación de los colores, se provoca un deslumbramiento originado por la dispersión de la luz a su paso por los medios oculares y un deslumbramiento originado por la fluorescencia del cristalino.

¿Qué es un filtro selectivo?

Un filtro selectivo controla la cantidad de luz que entra en el ojo, aumentando de una forma muy eficaz el contraste, minimizando el deslumbramiento tan adverso o molesto sobre la resolución visual. Son muy beneficiosos para las personas con Baja Visión.

¿En qué se diferencian los filtros selectivos de unas gafas de sol?

Las gafas de sol son filtros de densidad neutra

o convencionales, filtran la luz disminuyendo la luz que entra en el ojo, la visión con gafas de sol es más oscura y menos contrastada, y tienen un corte de protección menor o igual a 390 nm. En cambio los filtros selectivos tienen un rango de protección entre 400-585 nm, del espectro de luz visible. Permiten la entrada de luz tan necesaria para la visión pero bloquean aquella más dañina y perjudicial, aumentando el contraste. Este es el motivo por el que en Baja Visión se recomienda filtros selectivos y no lentes convencionales de sol.

¿Cuándo se debe prescribir un filtro?

Los filtros se pueden y deben prescribir si hay deslumbramiento, fotofobia, falta de transparencia de medios oculares, como cataratas, y por supuesto en enfermedades oculares que causan Baja Visión. Además los filtros tienen propiedades preventivas, tienen máxima protección UV, máximo contraste, y máxima transmitancia (dejan pasar la luz que beneficia y bloquean la perjudicial). Todos los filtros bloquean la radiación UVA y UVB.

¿Cómo puedo saber que filtro es el apropiado?

En **YANGUAS ÓPTICOS BAJA VISIÓN**, seleccionamos el filtro más adecuado para cada paciente. La prueba es realizada recreando las condiciones tanto interiores como exteriores para cada persona. Para interiores, se prueban filtros que bloquean la luz azul, tan presente en luces Led y dispositivos electrónicos, y en exteriores se prueban los filtros con diferentes niveles de luz solar, especial interés cobran las zonas arboladas ya que se

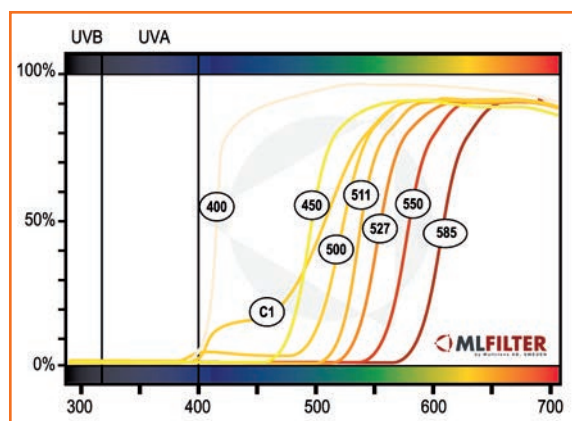
pasa de sombra a luz, provocándose un deslumbramiento. El paciente elige el filtro en función del confort, contraste, resolución. El filtro también es aconsejable prescribirlo en las varillas, para evitar los deslumbramientos laterales.

¿Qué síntomas nos suelen comentar los pacientes con Baja Visión?

Cada paciente es único y con una sintomatología diferente, pero las quejas más habituales suelen ser, veo mal los bordillos de las aceras, me molesta la claridad en días nublados, me quedo a oscuras al entrar a un edificio, al amanecer o anochecer encuentro que veo mucho peor, no veo bien cuando paso de sombra a luz por ejemplo en una calle... En conclusión, todas las personas pueden beneficiarse de los filtros selectivos, en función de sus necesidades, aunque no tengan una patología ocular.

En interiores nos pueden bloquear la luz azul, que emiten dispositivos electrónicos y Led, como ordenador, tablet, móvil y potenciarnos el contraste.

En exteriores muy útiles para la luz solar, a parte de protección resultan muy beneficiosos para la conducción como los polarizados, combinados con cualquier filtro.





La cistitis r dica mejora con la oxigenación hiperbárica

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Tras pocas sesiones de oxigenoterapia hiperbárica, mejora la calidad de vida del paciente.

La **radioterapia** se utiliza actualmente en el **tratamiento de diferentes tipos de cáncer** que afectan la **zona pélvica**. Pese a la individualización de la dosis de radioterapia y el acotamiento de la zona, siguen existiendo **efectos colaterales sobre los tejidos sanos**.

 Qu  es la cistitis r dica?

La **cistitis actínica** secundaria a radioterapia pélvica ocurre en **2-8% de los pacientes**. Se produce un daño en los tejidos provocado por distintas causas, como la deficiencia de oxígeno o la obstrucción de vasos sanguíneos. Esta situación puede presentarse desde semanas hasta varios años después de la radiación.

Estos fenómenos provocan el **síndrome miccional irritativo**, caracterizado por urgencia, dolor al orinar y disminución del flujo urinario, y la **aparición de hematuria** (sangre en la orina). La persistencia de estas alteraciones son las responsables de los **efectos de la radioterapia a largo plazo**.

Tratamientos habituales y poco eficaces

Se han descrito **múltiples tratamientos** con resultados variables, **habitualmente frustrantes**. Entre estas opciones terapéuticas se encuentran el tratamiento intravesical con ácido hialurónico endovesical, aluminio endovesical o formolizaci n vesical; tratamientos sistémicos a base de estrógenos conjugados o Pentosan polisulfato, entre otros; y medidas físicas, como la embolización de arterias ilíacas internas, distensión con balón Helmstein o cistectomía. **Ninguno de ellos consigue detener o revertir el daño tisular** secundario a la radioterapia, por lo que sus **resultados** suelen ser **transitorios y la recidiva es la regla**.

La oxigenación hiperbárica, alternativa eficaz

Por su parte, la **oxigenoterapia hiperbárica** se ha demostrado **científicamente exitosa en el tratamiento de las lesiones provocadas por la radioterapia**. La hiperoxigenación favorece la angi genesis (creación de vasos sanguíneos), la proliferación de fibroblastos, el aumento del metabolismo aeróbico y produce

una vasoconstricción secundaria que lleva a reducción del edema crónico. A través de estos mecanismos **se favorece la reparación de los tejidos**. Aumenta 8 a 9 veces la densidad vascular de tejidos irradiados y se mantiene en el tiempo.

La **oxigenoterapia hiperbárica** es un tratamiento no invasivo que consiste en la **administración de oxígeno al 100% a presión más elevada que la atmosférica**. Se trata de un **tratamiento altamente eficaz y seguro para la cistitis secundaria a radioterapia** pelviana y debería considerarse una **alternativa de primera elección**. Así lo demuestra la **mejoría en la calidad de vida** del elevado número de pacientes tratados cada año en hospitales españoles, como el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid.

 D nde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

Oxien es el **centro sanitario** avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica y Sanidad Navarra, que cuenta con un **equipo de médicos y personal sanitario experto en medicina hiperbárica**.

Ha llegado la **Medicina Hiperbárica** a Navarra.

Se recomienda el tratamiento hiperbárico para las siguientes enfermedades:

- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS
- FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA
- ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA
- MEDICINA DEPORTIVA
- ODONTOLOGÍA
- INTOXICACIÓN POR MON OXIDO

GRUPO
sannas

C/ Madres de la Plaza de Mayo, 16. 31013 Nueva Artica (Navarra)
T. 948 06 80 80



OXIEN

Medicina Hiperbárica

MEDICINA HIPERBÁRICA A TU ALCANCE

www.oxienhiperbarica.com

Llámenos y el personal médico especializado dar  cobertura a su consulta.



La incontinencia urinaria, ¿tiene solución?

Paula Esteruelas Cuartero, Natividad Losada Estella y Raquel Carneiro Lázaro
Fisioterapeutas. Servicio de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

La incontinencia urinaria (IU) afecta a millones de personas en el mundo, especialmente a mujeres. Estudios realizados en España corroboran que el 75% de los afectados son mujeres, frente al 25% de hombres. Si bien, al ir aumentando la prevalencia con la edad, a partir de los 80 años las cifras tienden a igualarse.

Antes de meternos en materia queremos desmitificar el hecho de que la IU es inevitable dentro del proceso normal de envejecimiento. Sí, como podemos observar en las diferentes investigaciones la IU aumenta con la edad, pero ello no significa que no pueda existir en otros momentos de nuestras vidas (partos, patología de suelo pélvico, realización excesiva de ejercicios que provocan hiperpresión abdominal...). Este problema no debe ser objeto de ansiedades, depresiones, restricciones de encuentros sociales, relaciones íntimas... sino que ha de asumirse con naturalidad y ser tratado y puesto en manos de especialistas (médicos de familia, rehabilitadores y fisioterapeutas). Ocultar el hecho sólo conlleva más inconvenientes, el uso prematuro de todo tipo de compresas o materiales absorbentes

aumenta el riesgo de contraer infecciones urinarias y favorece la aparición de alteraciones en la piel. Además, como casi toda patología, cuanto antes sea diagnosticada y tratada, mejor y más efectiva será su resolución. Según la OMS, la Incontinencia Urinaria se define como "la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y / o social, y que puede demostrarse objetivamente".

Diferentes tipos de IU

- **IU de esfuerzo.** Es aquella pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico (saltar, correr o incluso reírse, estornudar y toser) Este aumento de la presión abdominal, junto con la hipotonía del esfínter externo de la uretra provoca el escape de orina causado por la diferencia de presiones, ganando el pulso la presión intravesical a la uretral máxima. Su incidencia es especialmente notable en mujeres de mediana edad (partos, cirugías u otras deficiencias hormonales).
- **IU de urgencia.** Pérdida involuntaria de orina inmediatamente precedida de "urgencia miccional". La padecen aquellas personas que cuando notan deseo miccional tienen que, literalmente, correr al baño para evitar el es-

cape. Ello es debido a una hiperactividad del detrusor (músculo que forma parte de la pared de la vejiga urinaria y cuya contracción es la responsable de la micción). Se trata de una vejiga automática, que conforme se va llenando desencadena el reflejo de la micción buscando el vaciamiento. Estos episodios pueden verse agravados ante situaciones como el frío, el ruido del agua...

- **IU por rebosamiento o gota a gota.** Se trata de la pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión vesical produciéndose un vaciado incompleto. Vendría a ser el caso contrario al anterior, nos encontramos ante una hipotonía del detrusor, con una micción en forma de goteo.
- **IU mixta.** Cuando coexisten diferentes tipos de IU al mismo tiempo. Suele ser frecuente la asociación de la IU de esfuerzo y de urgencia.

Factores de riesgo

- **Sobredistensión vesical,** producida por el retraso voluntario del deseo miccional (aguantarse el estímulo miccional intencionadamente y con ello el vaciamiento oportuno).
- **Patología en la musculatura del suelo pélvico:**
 1. La bipedestación del hombre ha obligado



a pasar de "contener" a "sostener" el suelo pélvico (peso de las vísceras abdominales).

2. Presiones producidas por fajas y uso de ropa ajustada.

3. Actividades deportivas que provocan hiperpresiones abdominales.

4. En las mujeres, el número de partos, embarazos y la menopausia producen cambios importantes en su aparato genitourinario (desgarros fasciales, de miofibrillas, problemas cicatriciales...).

• **Otros:** Sobrepeso, cirugías pélvico- abdominales, prostáticas, estreñimiento, sedentarismo, la edad...

Tratamiento

Una vez se haya realizado un diagnóstico de su caso, el profesional sanitario pasará a comentarle las diferentes posibilidades de tratamiento.

Incidir en la idea de que ante un diagnóstico precoz existen más opciones de evitarse la cirugía y realizar un tratamiento conservador, no invasivo, con su fisioterapeuta. También, añadir que hay ejercicios del tratamiento que podrían aconsejarse como prevención.

• **Ejercicios de Kegel**, para fortalecer la musculatura del suelo pélvico y mejorar en

consecuencia, la función del esfínter uretral y /o rectal. Previamente el paciente ha de ser capaz de identificar la musculatura a contraer y diferenciarla de aquella que ya tiene un exceso de presión (como puede ser la abdominal) Existen diferentes estrategias que pueden ayudarnos en esta tarea, así los propios ejercicios de Kegel consisten en contener la micción de forma momentánea en repetidas ocasiones. Los mejores resultados clínicos corresponden a la IU de esfuerzo, con un 77%-80% de mejoría.

• **Biofeedback**, quizá sea la herramienta más eficaz y recomendable en cuanto a la identificación (y posterior tratamiento) de la musculatura que se quiera o no contraer. El biofeedback es un método de reforzamiento positivo, consiste en, colocados los sensores en las zonas a tratar y contraer, por medio de luces y sonidos evidenciar la existencia o no de trabajo de la musculatura monitorizada. Los resultados alcanzan un 95% de éxito.

• **Conos vaginales**, son dispositivos con diferentes formas y pesos que exigen la contracción de la musculatura del suelo pélvico de la mujer para conseguir mantenerlos dentro de la cavidad vaginal, evitando su caída.

• **Estimulación eléctrica**, se trata del uso de

la corriente eléctrica para estimular ó en algún caso inhibir los grupos musculares adecuado. Puede tratarse de una electroestimulación de tibial posterior ó directamente perineal, así como también podemos precisar del uso de sondas anales ó vaginales en función del tipo de corriente (excitomotora, farádica ó interferencial) y patología concreta.

• **Reeducación vesical, modificación de hábitos miccionales**, esta técnica pretende restablecer el patrón miccional normal del paciente estableciéndole una perioricidad. Con este vaciamiento periódico de la vejiga pretendemos aumentar la capacidad vesical y lograr reducir la urgencia miccional. Se han evidenciado unos resultado del 85% de mejoría en la IU de urgencia.

• **Técnicas manuales de fisioterapia**, destacando las de inducción miofascial.

Por último, insistir de nuevo en la importancia del diagnóstico precoz y la ayuda vital que la fisioterapia puede brindar para evitar y solucionar patología de incontinencia urinaria.

Vagabundeo en paciente con demencia

Medidas terapéuticas no farmacológicas

M^a Carmen Deza Pérez. Médico de Familia. Centro Salud Utrillas. Teruel
Laura Anoro Abenoz. FEA Neumología. H. Clínico. Zaragoza
Raquel Rodríguez Herrero. FEA Geriatria H. U. Miguel Servet. Zaragoza
Luis Domínguez Barcelona. Médico de Familia. Centro Salud Picarral-Zalfonada. Zaragoza

La esperanza de vida ha aumentado en las últimas décadas, lo que supone un aumento de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento. El riesgo de padecer demencia aumenta con la edad. La demencia tipo Alzheimer (EA) es la más frecuente, con un 50-70% de los casos. España es uno de los países con mayor envejecimiento de la población a nivel mundial. Se estima que puedan padecerla en la actualidad medio millón de personas.

Los Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias (SPCD) han formado parte esencial de las mismas desde las descripciones iniciales del síndrome demencial a lo largo del siglo XIX. Alois Alzheimer a principios de siglo XX, describió el primer caso de enfermedad de Alzheimer (EA), caracterizada por la presencia de delirios paranoides y alteraciones conductuales. No obstante, serían los trastornos cognoscitivos los síntomas preponderantes de la demencia; secundariamente se tenían en cuenta una serie de trastornos no cognoscitivos denominados de muy diversas formas a lo largo del tiempo (agitación, agresividad,

trastornos de conducta, trastornos no cognoscitivos). Estos trastornos conductuales pueden aparecer prácticamente en cualquier momento de la enfermedad, y teniendo gran variabilidad.

Paralelamente al avance en el estudio de las demencias, han ido adquiriendo mayor relevancia los SPCD tanto por su elevada prevalencia, como por las repercusiones que estos síntomas tienen al tratarse de situaciones que empeoran notablemente la calidad de vida del paciente y cuidador, favorecen un aumento de institucionalización y determinan una mayor morbilidad por las complicaciones a las que pueden dar lugar.

El vagabundeo, la deambulación o conducta errática motora, forma parte de los SPCD frecuentes en las demencias. Diversos estudios estiman su prevalencia puede alcanzar el 60 % entre los enfermos de Alzheimer. La aparición de estos trastornos puede estar relacionada con la fase evolutiva de la enfermedad y generalmente son más frecuentes en las fases más avanzadas.

Es uno de los trastornos conductuales que más sobrecarga origina en los cuidadores de los pacientes con demencia y es una causa de frecuentación importante de los servicios

psiquiátricos, así como de inicio de trámites para la institucionalización de los pacientes.

Causas del vagabundeo

Presenta además, elevado riesgo de caídas o incluso casos de pérdida del paciente al encontrarse desorientado y solo. Los términos vagabundeo, deambulación o conducta errática motora engloba diversos tipos de comportamiento: seguimiento del cuidador, caminar alrededor de casa, caminar sin rumbo fijo o sin propósito, intentos de escapar de casa.

Se pueden identificar tres enfoques principales de las causas del vagabundeo: biomédico, psicosocial e individual y del entorno, sin embargo, la etiología del deambular, la razón por la cual la gente deambula, permanece poco claro y muchos estudios destacan lo impredecible y la naturaleza variable de la deambulación.

Según las Guías clínicas y consensos más actuales sobre demencia, entre ellos la guía NICE, las intervenciones no farmacológicas son de primera elección en el tratamiento de los SPCD. El tratamiento farmacológico sólo se indica en los casos de riesgo de hacerse daño a sí mismos o a otros; así como experimentar agitación, alucinaciones o delirios que les causan angustia severa.





Medidas preventivas/ terapéuticas no farmacológicas

Ante este problema, actualmente se pueden considerar una serie de medidas preventivas/ terapéuticas no farmacológicas. Podemos diferenciarlas en cuatro grupos: **1.** Individual, **2.** Cuidador/apoyo familiar, **3.** Seguridad o dispositivos técnicos, **4.** Terapéutico.

1. Individual: Desde el punto de vista de la intervención focalizada en el individuo, trataremos de comprender la finalidad y la casuística del acto de deambulación. Descartar siempre si puede haber alguna causa orgánica intercurrente como dolor, infección... y valorar si puede haber algo o alguien que le cree ansiedad en el entorno en el que se encuentra.

2. Cuidador o apoyo familiar. El cuidador debe de proporcionar al enfermo un ambiente seguro, servir de guía, de referencia. No debe de permitir que el individuo salga solo o camine sin supervisión lejos del domicilio, debe de ir acompañado. La información y el conocimiento de la enfermedad se hace crucial para el adecuado entendimiento de la conducta, de otro modo si pretende detener o impedir la deambulación puede ocasionar un aumento de la inquietud y agitación, así como reacciones de frustración y enojo. Tranquilice

al enfermo, ofrézcale compañía, dele toda su confianza y confórtelo haciendo sentir seguro. Con objetivo de aliviar al cuidador principal permita ayuda de los demás miembros de la familia, así como de su comunidad e incluso ayuda profesional.

3. Seguridad/Dispositivos técnicos. La instalación de seguros en las zonas del hogar o en las instalaciones que deben de estar fuera del campo visual del enfermo y de un modo que no pueda manipularlos, mediante barreras visuales tipo murales, telas... (así evitamos que abra y salga o busque el modo de manipular y abrir en forcejeo cualquier dispositivo manual). La orientación está mermada en la enfermedad, por lo tanto la necesidad de proporcionar una adecuada orientación y guía es crucial. La instalación de carteles, letreros o luces en el pasillo, de accesos a los baños. Las puertas de salida al exterior deben de estar seguras y del mismo modo las ventanas. La instalación técnica de timbres y alarmas, cuando se accede al exterior, es una medida interesante para la alerta del cuidador ante una probable fuga en casos de desorientación y confusión del anciano. La intervención dentro del ambiente pasa por acomodar la superficie, medidas tales como la simplificación del

ambiente, evitar el desorden y la instalación de medidas de agarre o pasamanos (Gitlin, 2000). Además se han desarrollado tecnologías de alta frecuencia, tipo dispositivos de rastreo GPS o de seguimiento mediante telefonía móvil, con diferentes valoraciones en la literatura por la controversia ética que existe en su utilización.

4. Terapéutico. Han sido consideradas multitud de terapias y prácticas. Desde la práctica física, el aliciente de aliviar aquella inquietud energética, así como la necesidad motora y errática del anciano con demencia, surgen actividades centradas en el ejercicio. Los grupos de caminata reproducidos en ensayos por Cott (2002) o la consideración en entornos institucionales de grupos de caminata y ejercicios han sido constatados en diversos estudios (Toulette, 2003; Tappen, 2000; Wishart, 2000). Desde el campo de la cognición y las actividades recreativas se han propuesto a este objeto las diferentes terapias: Reminiscencia o recuerdo, validación, orientación a la realidad, aromaterapia, musicoterapia y luminoterapia entre otras (Cochrane, 2007).

Manejo prehospitalario del trauma

María Marín Ibañez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Alejandra Utrilla Fornals. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge. Huesca
Carmen Jimeno Griñó. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca
Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca
Antonio García Domínguez. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid
María José Anoro Casbas. Supervisora enfermería especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca
Mariela Olivari Montoya. Enfermera especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca
Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca
Francisco Javier García Alarcón. Residente Servicio Urología. Hospital San Jorge. Huesca

La atención inicial del paciente traumatizado grave, dada la trascendencia de la etiología traumática como causa de muerte en menores de 40 años, se ha convertido en una de las principales preocupaciones de nuestra sociedad. El manejo avanzado in situ de la vía aérea, el shock hipovolémico o el taponamiento cardíaco han mejorado la morbilidad de estos pacientes.

El paciente traumatizado grave es todo aquel con compromiso vital cualquiera que sea su o sus lesiones y localización, con la única condición de su origen traumático.

Epidemiología

En el medio urbano el paciente medio es un varón (76 frente al 24% de mujeres) de 36 años (el 75% de los pacientes traumatizados son menores de 40 años). Las lesiones principales son el TCE, la asociación de dos o más lesiones, el traumatismo torácico y el traumatismo abdominal en este orden.

Connotaciones especiales de la medicina extra hospitalaria

La medicina extra hospitalaria presenta connotaciones especiales que deben tenerse en cuenta antes del abordaje del paciente.

- Actuaciones en medio hostil: trabajo en lugares no habituales para la práctica de la medicina: vía pública, domicilios, vías de alta velocidad, vías tren/metro...
- Entorno y seguridad dependientes de instituciones no sanitarias.
- Rapidez en la toma de decisiones sin apoyo de especialidades o de pruebas complementarias.
- Trabajo en equipo: ordenes claras al personal interviniente y orden físico de material y personal. Médico en la cabeza, enfermera a un lado y técnico o técnicos encargados de información, logística, monitorización y colaboración en el resto de medidas de estabilización. Debe prevalecer siempre la seguridad, el orden de los intervinientes y la valoración-estabilización clínicas.

Manejo in situ del paciente

Debe consistir en un conjunto de acciones secuenciales, reiterativas y protocolizadas para no pasar nada por alto. Dadas las características especiales de estos pacientes y dificultad en su abordaje debemos valorar al paciente a la par que instauramos de forma simultánea al diagnóstico de la lesión, las medidas de resucitación pertinentes.

Valoración de la escena

1. Reconocimiento visual del lugar y consideración de:

- Riesgos.
- Tipo de incidente.
- Mecanismo lesional.
- Número de posibles pacientes, impresión de gravedad, situación física de los mismos (interior de vehículos en accidentes de tráfico, bajo trenes en arrollamientos) y accesibilidad física para valoración y estabilización.
- Necesidad de otros recursos de emergencia y solicitud precoz de los mismos (bomberos, policía, recursos de rescate especiales...).



2. Acercarnos al paciente con un esquema mental claro de:

- Seguridad. No acceder si no está garantizada.
- Efecto túnel: no permitir que nos impida la adecuada valoración de todos los factores.
- Mecanismo lesional: tipo de suceso, cinemática y biomecánica del trauma.

3. Estimación inicial de gravedad.

- Clasificar al paciente considerando el nivel de conciencia, la situación respiratoria y la situación hemodinámica.
- Clasificar otras víctimas si existen.
- Informar sobre la gravedad y número de pacientes para iniciar la gestión de camas de críticos con las posibles unidades de poli-traumatizado receptoras.
- Iniciar la valoración primaria y resucitación.

Valoración primaria y resucitación

Conjunto de maniobras-terapéuticas encaminadas a diagnosticar y tratar simultáneamente las lesiones encontradas. En cuanto sea posible se movilizará a la posición de reanimación, de decúbito supino, con las me-

didias de movilización e inmovilización que se consideren pertinentes.

1. Primer grupo de actuaciones:

- Evalúa y trata el compromiso de la vía aérea sin olvidar la situación respiratoria y la hemodinámica.
- Vía aérea permeable, apertura con maniobra de elevación mandibular con control cervical y colocación en pacientes inconscientes de dispositivo de cánula orofaríngea tipo Guedell.
- Collarín cervical.
- Administración de oxígeno a alto flujo, mediante mascarilla reservorio o ventilación con presión positiva, si es preciso, mediante balón de reanimación conectado al reservorio y fuente de oxígeno a 10 – 15 lpm con maniobra de Sellick o BURP.
- Control de hemorragias masivas accesibles mediante compresión directa.
- Canalización de vía venosa periférica del mayor calibre posible.
- Monitorización inicial: pulsioximetría.

2. Segundo grupo de actuaciones:

- Evaluación y actuación sobre el estado res-

piratorio y hemodinámico del paciente.

- Valoración torácica: si existe neumotórax a tensión, neumotórax abierto, volet costal, rotura de vía aérea, aislamiento de la vía aérea.
- Reevaluación y hemodinámica: añadir la toma de tensión arterial y la monitorización electrocardiográfica. Evaluar precozmente los signos y síntomas propios del shock hipovolémico y taponamiento cardíaco.
- Analgesia: debe administrarse lo más precozmente posible y en dosis adecuadas. No debe infraanalgesiar con la única excusa de la revaloración del estado neurológico.

3. Tercer grupo de actuaciones. Completar la valoración neurológica y reevaluar la situación respiratoria y hemodinámica.

- Examen neurológico que incluya al menos determinación del tamaño, simetría y reactividad pupilar, escala de coma de Glasgow y una exploración sensitivo-motora periférica.
- Otra toma de constantes. Valorar la necesidad de realizar electrocardiograma.

Atención inicial al trauma en el hospital



***María Marín Ibañez.** Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca*
***Alejandra Utrilla Fornals.** Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge. Huesca*
***Carmen Jimeno Griñó.** Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca*
***Paula Omedas Bonafonte.** Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca*
***Melody García Domínguez.** Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca*
***Antonio García Domínguez.** Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid*
***María José Anoro Casbas.** Supervisora enfermería especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca*
***Mariela Olivari Montoya.** Enfermera especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca*
***Lara Aparicio Juez.** Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca*
***Francisco Javier García Alarcón.** Residente Servicio Urología. Hospital San Jorge. Huesca*

Un traumatismo es definido en sentido amplio, según el comité para la investigación en Trauma del instituto de Medicina de Estados Unidos, con una lesión causada por la exposición a una forma de energía, como puede ser el calor, la electricidad o la energía cinética que interviene en una colisión, una caída o el impacto de un proyectil.

Valoración primaria y reanimación inicial

La valoración primaria tiene como objetivo identificar situaciones que amenazan la vida e iniciar su tratamiento inmediatamente, siguiendo el clásico ABC, por las iniciales en inglés de la secuencia empleada. Esta aproximación terapéutica se realiza según una serie de prioridades previamente establecidas, dependiendo de su peso específico o su capacidad para producir mortalidad inmediata. Al aproximarnos al paciente debemos obtener una impresión general de su estado y valorar su nivel de conciencia, para que le preguntáramos que le ha sucedido, si no se obtiene respuesta se debe realizar un estímulo doloroso. Si el paciente no responde a un estímulo doloroso determinaremos que se encuentra inconsciente y proseguiremos con la valoración inicial.

- Mantenimiento de la vía aérea y control de la columna cervical.
- Respiración.
- Circulación y control de hemorragias.
- Valoración neurológica.
- Exposición: se debe exponer toda la anatomía del paciente en busca de lesiones graves.

Una vez finalizada la exploración del paciente se debe cubrir al paciente para prevenir la hipotermia. Se procurará una temperatura ambiente adecuada. Debemos recordar que la hipotermia es una complicación potencialmente letal en el paciente poli traumatizado.

- Otras medidas en la atención inicial:

◊ *Sondaje vesical.*

◊ *Sondaje gástrico.*

◊ *Otros:* se monitorizan de forma continua el ritmo cardíaco, la pulsioximetría, capnometría y FR, asimismo, se medirá la tensión arterial a intervalos cortos y se realizará un ECG cuando sea posible.

- Estudios radiológicos iniciales.

- Control quirúrgico y angiográfico de la hemorragia. Coagulopatía y poli transfusión.

Valoración secundaria

El reconocimiento secundario se ha de realizar solo cuando ha finalizado el reconocimiento primario, así como la resucitación primaria, o sea, cuando hayamos resuelto la urgencia vital. La valoración secundaria pretende diagnosticar todas las lesiones, por lo que debe realizarse de forma sistemática. La exploración se realizará de cabeza a pies, incluyendo la anatomía posterior, basándonos en la inspección, palpación y auscultación. Solo se realizará una vez completada la valoración primaria e iniciada la reanimación y durante el tiempo que conlleve se reevaluará la situación del paciente de forma continua.

- **Anamnesis.** Se debe investigar los siguientes datos:

◊ *Antecedentes personales:* historia de alergia, enfermedades, tratamientos médicos y quirúrgicos.

◊ *Última comida,* por su importancia para una posible intubación y/o cirugía.

◊ *Relacionando con el trauma:* situación en que se ha producido, mecanismo lesional, posición en que ha sido encontrado el paciente, sospecha de accidente de alta energía, sistemas defensivos en accidentes de vehículos a motor (cinturón, airbag, casco) y tiempos de extracción y atención pre hospitalaria.

- **Exploración física.**

◊ *Cabeza:* laceraciones o scalp, contusiones, fracturas, otorrea, otorragia, rinorrea, epistaxis, hematoma en ojos de mapache o signo de Battle, examinar el interior de la boca.

◊ *Evaluación neurológica completa:* escala Glasgow, valorar pupilas, explorar pares craneales y funciones motoras y sensitivas. Así como coordinación y reflejos.

◊ *Cuello y columna cervical:* se podrá retirar el collarín para explorar el cuello manteniendo una inmovilización manual por parte de un asistente.

◊ *Tórax:* inspección, palpación y auscultación. Signos de contusiones, deformidades y simetría en los movimientos respiratorios.

◊ *Abdomen, pelvis, periné:* inspección en busca de heridas y contusiones. Se realizará tacto rectal en pacientes con traumatismos abdominopélvicos y si se sospecha de lesión medular.

◊ *Extremidades:* inspección en busca de contusiones y deformidades. A la palpación buscar la aparición de dolor o crepitación. Valorar la movilidad, sensibilidad y los pulsos.

◊ *Profilaxis antitetánica:* se deben seguir las recomendaciones de profilaxis antitetánica en todo paciente traumatizado.

¿Qué es el hiperaldosteronismo primario?



Carmen Jimeno Griñó. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca

Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca

Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca

Pilar Jimeno Griñó. Médico FEA Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia

Isabel Garrido Ramirez de Arellano. Médico FEA Medicina Intensiva. Hospital de Barbastro. Huesca

Alicia Sanz Cardiel. Médico 061 Aragón. UME Sabiñánigo-Unidad de rescate en Montaña. Huesca

Sonia Caballero Nuñez. Médico Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Cristina Abad Rubio. Médico FEA Ginecología. Hospital San Jorge. Huesca

El hiperaldosteronismo primario se caracteriza por una hiperproducción de aldosterona con una supresión de la actividad de la renina plasmática debido a un trastorno intrínseco de la glándula suprarrenal, lo que condiciona hipertensión arterial (HTA) e hipopotasemia.

La hipersecreción de aldosterona es la causa más frecuente de HTA secundaria, aunque continua siendo una entidad infradiagnosticada. Entre las causas de hiperaldosteronismo primario se encuentran: el adenoma productor de aldosterona (síndrome de Conn): 30-40%, la hiperplasia adrenal bilateral o hiperaldosteronismo bilateral idiopático (60%), el carcinoma adrenal productor de aldosterona (1-4%), el hiperaldosteronismo familiar sensible a glucocorticoides o tipo I, el hiperaldosteronismo familiar tipo II y la producción ectópica de aldosterona por el tumor de células de Sertoli-Leydig.

Los hallazgos clínicos son poco específicos y en algunos pacientes cursan de forma asintomática. El hallazgo de HTA e hipopotasemia combinados es altamente sugestivo de hiperaldosteronismo, aunque los niveles de potasio en sangre pueden ser normales hasta en más del 50% de los pacientes. A nivel analítico se pueden encontrar otras alteraciones como alcalosis metabólica, hipernatremia, hipomagnesemia o intolerancia a la glucosa. Su prevalencia es mayor en mujeres entre los 30 y 50 años y presentan una tasa de morbilidad cardiovascular elevada en comparación con pacientes de la misma edad y sexo con hipertensión arterial esencial y cifras tensionales similares.

Para el diagnóstico se recomienda un screening en aquellos grupos de pacientes con una alta prevalencia de hiperaldosteronismo primario a través del cociente renina/aldosterona en plasma (CRA), que presentará concentraciones de aldosterona elevada y concentra-

nes de renina disminuida. Aquellos pacientes a los que se le recomienda el screening son: niños, adolescentes o adultos jóvenes con HTA y antecedentes familiares de HTA de inicio precoz y/o accidente cerebrovascular antes de los 40 años, pacientes con HTA moderada/severa (> 160/110 mmHg), pacientes con HTA refractaria, pacientes con hipopotasemia espontánea o inducida por diuréticos (no ahorradores de potasio), familiares de primer grado con hiperaldosteronismo primario y pacientes con incidentalomas suprarrenales e hipertensión arterial.

Test disponibles

Los pacientes con positividad en la medición del CRA deberán realizar un diagnóstico de confirmación por medio de uno de los cuatro test disponibles: sobrecarga oral de sodio, infusión de 2 litros de suero salino fisiológico, test de supresión con fludrocortisona o prueba del captopril. El test se elegirá en función de las características del enfermo o disponibilidad en el centro, siendo cualquiera de ellos válido para confirmar el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario.

Una vez realizado el diagnóstico bioquímico se debe realizar una prueba de imagen con un TC de suprarrenales para identificar si el problema es unilateral (adenoma suprarrenal, carcinoma suprarrenal o hiperplasia) o bilateral (hiperplasia adrenal bilateral idiopática). Respecto al tratamiento será quirúrgico mediante la adrenalectomía laparoscópica si el origen del hiperaldosteronismo primario es un adenoma productor de aldosterona, o bien será farmacológico en caso de hiperplasia adrenal bilateral idiopática con fármacos antagonistas de la aldosterona (espironolactona, eplerenona) o amiloride/triamterene en caso de intolerancia. Clásicamente se asumía que el hiperaldosteronismo primario era una enfermedad poco frecuente, de evolución benigna y con sospecha sólo bajo la presencia de hipopotasemia. A raíz de los trabajos publicados en los últimos

años, actualmente se sitúa en una de las causas más frecuentes de HTA secundaria, con una prevalencia real no bien conocida que va desde el 1% al 20% entre los hipertensos, y se ha descrito que la hipopotasemia está presente en aproximadamente la mitad de los casos. La exposición prolongada a elevadas concentraciones plasmáticas de aldosterona se asocia con un mayor estrés oxidativo, remodelado cardiovascular, hipertrofia y fibrosis miocárdica, en un proceso independiente de su efecto en la presión arterial, traduciéndose en una mayor morbilidad cardiovascular que presentan los pacientes con hiperaldosteronismo primario comparados con pacientes hipertensos esenciales. También tiene un papel importante en el metabolismo hidrocarbonado contribuyendo al síndrome metabólico, que a su vez ejerce su efecto en el desarrollo de la HTA refractaria y la enfermedad cardiovascular. Todo ello genera una controversia respecto al screening del hiperaldosteronismo primario en la población hipertensa, postulando algunos autores la necesidad de realizar estudio de cribado a todos los pacientes hipertensos, incluso en el contexto de HTA leve, sin hipopotasemia ni antecedentes familiares debido a que, cuanto más se retrase el diagnóstico, más larga es la exposición a elevadas concentraciones de aldosterona y mayor la posibilidad de sufrir cambios morfológicos irreversibles. Otros autores no lo consideran costo-efectivo, recomendando realizar el cribado especialmente en casos de pacientes con alta prevalencia de hiperaldosteronismo primario como los descritos a priori.

El diagnóstico precoz es importante para evitar complicaciones y eventos cardiovasculares o cerebrovasculares secundarios a HTA no conocida y no controlada o HTA conocida pero rebelde a tratamiento en pacientes jóvenes hipertensos y en pacientes hipertensos y con hipopotasemia no justificada por el uso de diuréticos.

Papel de la enfermera de Atención Primaria con el paciente intervenido de prótesis de cadera



Silvia Anastasia Calvo Campos (R1 Enfermería Familiar y Comunitaria) y Ana Carmen Ferrer Gazol (Enfermera). Centro Salud Torrero-La Paz. Zaragoza

La sustitución protésica de cadera es una de las intervenciones traumatológicas más frecuentes, siendo uno de los procedimientos quirúrgicos más seguros y reproducibles en sus resultados.

Con ella se pretende mejorar la capacidad funcional y calidad de vida del paciente, permitiéndole ser nuevamente activo y con menos dolor.

Para conseguirlo es necesaria la participación de un equipo multidisciplinar, entre los que se encuentran: traumatólogos, geriatras, anestesiólogos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, médicos rehabilitadores... resultando fundamental la labor de la enfermera de Atención Primaria una vez el paciente regresa a domicilio.

Soy enfermera de Atención Primaria y a mi paciente le han colocado una prótesis de cadera, ¿cuál es mi labor cuando sea dado de alta?

Una vez en su domicilio, destaca la figura de la enfermera de Atención Primaria como referente para el paciente, tanto por su labor asistencial como por su labor como educadora; educando, apoyando y motivando al paciente, tratando de fomentar su autonomía e independencia y prevenir la aparición de complicaciones.

Abordará temas como:

- **DOLOR:** valoración del dolor y de las medidas para su alivio.
- **PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES TROMBÓTICAS:** debido a la limitación de la movilidad del paciente, existe riesgo de formación de trombos en las extremidades inferiores. Por tanto es importante repasar las medidas preventivas oportunas: beneficios de las medias de compresión, de los ejercicios de movilización de las extremidades inferiores y técnica de inyección de la heparina (en caso de que la tenga prescrita).
- **HERIDA:** valoración de la herida quirúrgica, cura y prevención de complicaciones.
- **SITUACIONES DE ALARMA ANTE LAS QUE DEBE CONSULTAR:** fiebre, aumento del dolor, drenaje continuo o mal olor de éste, aumento

de la inflamación de la herida, dolor en la pantorrilla, dolor en el pecho.

- **MOVILIZACIÓN:** recordar la importancia de los ejercicios de movilización de extremidades inferiores para prevenir la formación de trombos, fortalecer los músculos, y mejorar la movilidad y la capacidad funcional.
- **PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES:** una de las principales complicaciones en el postoperatorio de artroplastia de cadera es la luxación. Se debe instruir al paciente sobre cómo realizar distintos movimientos y actividades, así como cuidados posturales para prevenirla.
- **CONSEJOS GENERALES:** situar la pierna operada hacia fuera de la línea media del cuerpo, no girar el cuerpo sobre la pierna operada, no flexionar la pierna operada en un ángulo mayor de 90° (no inclinarse demasiado hacia adelante desde la cintura, ni subir la pierna más allá de la cintura), no realizar rotación interna de la pierna operada, no cruzar las piernas ni los tobillos cuando esté sentado, de pie o acostado, y no hacer movimientos de flexión más rotación interna de la extremidad intervenida.

Consejos para situaciones específicas

- **Deambulación:** seguir los consejos de deambulación y subida y bajada de escaleras, utilizar zapatos cerrados y con suela antideslizante, y dar paseos cortos y frecuentes.
- **Actividad física y deportiva:** una vez pasadas las 12 semanas pueden retomarse actividades como la natación y la bicicleta, estando desaconsejados los deportes de contacto.
- **Vestirse:** vestirse sentado para prevenir caídas, utilizar dispositivos de ayuda para evitar la flexión excesiva de la cadera, al vestirse comenzar con la pierna intervenida, y al desvestirse dejarla para el final.
- **Recoger objetos del suelo:** evitar la flexión forzada de la cadera.
- **Sentarse:** colocar las piernas en contacto con la silla y las manos en el apoyabrazos, adelantar el pie de la pierna operada y sentarse lentamente; lo mismo para levantarse. Alternar flexión y extensión de la pierna, mantener los pies separados unos 15cm, no cruzar las piernas, mantener los pies y rodillas apuntando hacia adelante, no volteados,

y utilizar sillas firmes, con respaldo recto y apoyabrazos, evitando sillas demasiado bajas, inestables, taburetes...

- **Aseo:** es preferible utilizar plato de ducha (puede colocar una silla o hacerlo de pie) que bañera, no sentarse en el fondo de la bañera, no agacharse ni ponerse de cuclillas, utilizar esponja con palo largo para llegar a las zonas más distales, y alfombrillas antideslizantes para evitar caídas.
- **Inodoro:** adaptar un alza de unos 10-15cm con el objetivo de no flexionar excesivamente la articulación de la cadera.
- **Acostarse en la cama:** acercarse a la cama, sentarse en el borde, sostener la pierna con la no operada y girar en bloque hasta quedar acostado; para levantarse, seguir el procedimiento a la inversa. Se recomienda dormir en decúbito supino y con una almohada entre las piernas. Se debe evitar dormir boca abajo o en decúbito lateral sobre el lado intervenido. En el caso de dormir sobre el lado sano se debe colocar una almohada entre las piernas.
- **Viajes en coche:** se recomienda subir al coche desde el nivel de la calle, no desde un escalón, los asientos no deben de estar demasiado bajos, hay que hacer paradas cada dos horas dando un paseo. No conducir hasta aproximadamente 4 semanas después de la intervención.
- **Reincorporación laboral:** depende de la situación de la cadera, personal y laboral. Se debe de tener en cuenta la sintomatología y seguir las recomendaciones posicionales; limitándose actividades que conlleven levantar peso o permanecer de pie durante largos periodos.
- **Actividad sexual:** se recomienda esperar hasta haber sobrepasado las 4-6 semanas tras la operación, estará condicionado por la sintomatología del paciente y se deben de tener en cuenta las recomendaciones de limitación de movilidad dadas.

Cuidados a largo plazo

La prótesis de cadera puede ser infectada. Por eso se recomienda ser especialmente cuidadosos con cualquier proceso infeccioso que pueda sufrir (infecciones dentales, de garganta, de oído, de orina...), así como acudir a su Centro de Salud si esto ocurre para recibir tratamiento adecuado.



MENOS SAL



NO ALCOHOL



EVITAR PRECOCINADOS Y BOLLERÍA INDUSTRIAL

Recomendaciones para llevar una alimentación cardiosaludable

Edurne Amatriain Boleas. Enfermera Interna Residente de Familiar y Comunitaria. Centro Salud de Torre Ramona. Zaragoza

La alimentación cardiosaludable está considerada como la que además de no tener consecuencias negativas para nuestra salud, previene la aparición de enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares son más habituales en los países del desarrollados por le mayor consumo de grasa saturadas.

En esta reseña hablaremos del patrón básico de alimentación cardiosaludable, de la Pirámide Nutricional de la OMS y de la dieta mediterránea.

Recomendaciones

Un patrón de alimentación cardiosaludable es eficaz para disminuir la aparición de nuevos episodios agudos o la muerte por enfermedad vascular se caracteriza por un mayor consumo de verduras y frutas frescas, comer despacio masticando correctamente para así mantenernos lo más cerca posible de su peso ideal con una dieta variada. Además de ello se recomienda:

- Menor consumo de sal.
- No consumir alcohol, aunque hay controversia en cuanto a los posibles beneficios del consumo moderado de vino tinto.
- Menor consumo de grasa total y sustitución de la grasa saturada por grasa mono y poliinsaturada.
- Evite los alimentos precocinados y la bollería industrial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó en el 2018 una nueva Pirámide Nutricional. Las premisas continúan siendo las mismas que hasta ese momento, consumir alimentos de temporada, frescos y lo menos procesados posibles. Así como una dieta variada, equilibrada y moderación en la cantidad. Como novedad se incluyen dentro de la pirámide como base de la misma lo que antes era una recomendación y se quedaba fuera. Esta inclusión se dedica principalmente a mantener estilos de vida saludables como la



realización de ejercicio físico a diario durante 60 minutos, equilibrio emocional, balance energético, técnicas culinarias saludables y la ingesta adecuada de agua.

Otra de las novedades es la recomendación de hidratos de carbono en su versión integral y respecto a la recomendación de lácteos semi desnatados o bajos en grasa hay controversia en cuanto a la absorción de vitaminas liposolubles.

Por último y no menos importante tenemos la dieta mediterránea. Esta se caracteriza por un alto contenido en frutas, aceite de oliva, vegetales y pescado, aporte de frutos secos y un menor contenido en grasas saturadas, y es considerada como una dieta cardiosaludable. Existe un cuestionario llamado Predimed que nos ayuda a valorar nuestra adhesión a dicho patrón alimenticio.



¿Qué es una ostomía?

¿Cuáles son los estilos de vida de un paciente con ostomía?

David Parra Olivar

Enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Miguel Servet .Zaragoza

La ostomía, o estoma, es una abertura creada quirúrgicamente entre los intestinos y la pared abdominal. Entre los tipos más comunes podemos encontrar los que conectan el intestino delgado (Ileostomía) o el intestino grueso (Colostomía) a la pared abdominal.

Las ostomías son temporales o permanentes. Las personas portadoras de colostomía o ileostomía, no precisan ropa especial, las bolsas de colostomía son bastante planas y discretas, ya que es difícil verlas a través de la mayoría de las prendas de vestir. La presión de las prendas interiores con elástico no dañan al estoma, ni detiene la función habitual del intestino. Es de gran importancia evitar elementos que compriman al estoma o la bolsa como las fajas o cinturones.

El agua no daña el estoma, se puede bañar o nadar con o sin bolsa sobre el estoma, aunque éste debe de estar siempre cubierto, por razones de higiene pública.

Los pacientes portadores de colostomía pueden hacer la mayoría de los trabajos, sin embargo, no es aconsejable levantamiento de objetos pesados, ya que pueden causar que el estoma se hernie o se prolapse.

Ejercicio sí, pero con cuidado

Una ostomía no debe evitar que el individuo haga ejercicio y que participe en deportes; sin embargo, hay que tomar medidas de seguridad, no siendo recomendables para el paciente los deportes de contacto como pueden ser el rugby, boxeo o artes marciales mixtas, debido a la posibilidad de lesiones al estoma como resultado de un golpe fuerte, o porque el sistema de bolsa llegue a deslizarse.

Podemos clasificar según el tipo de dispositivo a emplear para la contención de materia fecal:

- ◊ **Bolsas cerradas:** aquellas que por su parte inferior van selladas de manera que la bolsa no se puede vaciar y debe ser reemplazada cada vez que se desee desechar las heces. Éste es el dispositivo ideal para personas a las cuales se les ha realizado una colostomía donde las heces están más formadas y con una consistencia parecida a lo normal.
- ◊ **Bolsas abiertas:** en su parte inferior tienen un sistema de cierre hermético mediante una pinza o tapón, así se puede vaciar el contenido cada vez que se desee, sin necesidad de cambiar de bolsa. Este es el dispositivo adecuado para personas que tienen una ileostomía, cuando las heces son líquidas o tienen muchos gases. Es recomendable cambiar o vaciar la bolsa cuando supera la mitad o 2/3 de su contenido.

Mi hijo duerme mal...

Manejo de los trastornos del sueño en la infancia y adolescencia

Tamara Montesinos Escartín. Enfermera residente Familiar y Comunitaria. Máster en Gerontología Social, Máster en cuidados proactivos enfermería, Experta en cuidados avanzados en enfermería avanzada. Centro de Salud La Jota. Zaragoza

Los trastornos del sueño son patologías que muchas veces están infra-diagnosticadas por la dificultad en los criterios del propio diagnóstico, incluso de la subjetividad de quien los padece.

Existen estudios que hablan de hasta el 48% de la población adulta puede presentar dificultades con el sueño. Pero esta realidad también se puede extrapolar a los niños y adolescentes. El insomnio es una patología muy frecuente en edad pediátrica (30% en niños menores de 5 años) que ocasiona una grave repercusión cognitiva, emocional y en el aprendizaje junto con una importante comorbilidad médica y afectación de la calidad de vida del niño y la familia.

Para el cribado de los trastornos del sueño se suele distinguir entre niños menores de 2 años o niños entre 2 a 18 años, a través de escalas. Se recomienda que el diagnóstico sea clínico y sólo en los casos dudosos, se debería hacer un diagnóstico diferencial con otras pruebas complementarias.

La clasificación en líneas generales suelen ser de 3 tipos:

- El niño que le cuesta dormirse, donde se incluye el insomnio, trastornos del movimiento nocturno y trastornos del ritmo circadiano.
- Niños que presentan eventos anormales durante la noche, donde se incluyen trastornos

respiratorios, parasomnias también conocidas como trastornos de la conducta durante el sueño, y trastornos del movimiento.

- Niños que duermen mucho durante el día, que incluyen privación crónica del sueño y narcolepsia.

¿Cómo sospechar que mi hijo/a tiene problemas del sueño?

Existen variedad de trastornos del sueño, pero alguna de las frases que suelen decir los padres son:

- "Mi hijo hace cosas raras por la noche"
- "Duerme mucho durante el día"
- "Le cuesta dormirse mucho por la noche"

También ante la presencia de alguno o varios de los siguiente signos y/o síntomas de forma continuada en el tiempo pueden ayudarnos:

- Irritabilidad.
- Despertares frecuentes.
- Hiperactividad paradójica.
- Aumento de accidentes por falta de concentración.
- Dolores de cabeza.
- Despertares frecuentes en la noche.
- Ronquidos y/o respiraciones dificultosas cuando duerme.
- Gran dificultad para despertarse.
- Tardar más de 30 minutos en dormirse desde que se acuestan.
- Dificultad de aprendizaje, concentración, atención, etc.

- Mejoría de los anteriores síntomas si consigue dormir.

Los tratamientos posibles para estos casos son fundamentalmente educación en higiene del sueño, y terapias de intervención psicológico-conductual, en alguno de los casos se precisará de tratamiento farmacológico. Se ha estudiado mucho sobre ello, y la adherencia al tratamiento con las familias es fundamental para mantener una adecuada higiene del sueño.

Qué podemos hacer para mejorar el sueño de nuestros hijos

- No perder la calma y el control de la situación.
- Evitar siestas durante el día.
- Fomentar la exposición solar por la mañana.
- Planificar horarios y rutinas durante el día y la noche.
- Realizar actividad física preferiblemente durante la mañana, o primera hora de la tarde.
- Realizar relajación tanto durante el día, como en los momentos previos acostarse.
- Evitar riesgos y accidentes que puedan estar relacionados con el déficit de sueño.
- Evitar ruidos antes y durante el sueño.
- Evitar estímulos luminosos antes y durante el sueño. (Pantallas de televisión, móvil, luces en habitación).
- Reducir la ingesta de líquidos en las horas previas acostarse.
- Evitar alimentos estimulantes (cafeína, teína, dulces...).

Ayunas preoperatorias, ¿por qué?

Nekane Urrestarazu Esporrín y Cristina Latre Saso. FEA Anestesiología y Reanimación Hospital de Barbastro
Isabel Garrido Ramírez de Arellano. FEA Medicina Intensiva Hospital de Barbastro
Mónica Zamora Elson. FEA Medicina Intensiva Hospital de Barbastro
Cristina Usón Arqué. FEA Traumatología Hospital de Barbastro
Valeria Hernández Pimenta. FEA Obstetricia y Ginecología Hospital de Barbastro

Desde los años 90 se han elaborado distintas guías de ayuno preoperatorio. ¿Pero sabemos el por qué de su importancia de cara a una cirugía programada?

¿Por qué ayunar?

Hay que realizar un ayuno preoperatorio durante la anestesia general, ya que se produce una pérdida de los reflejos de deglución y de la tos, aumentando el riesgo de regurgitación del contenido que hay en el estómago. Ese contenido regurgitado puede llegar al pulmón (broncoaspiración), complicación poco frecuente pero que puede ser fatal.

Así pues, el ayuno preoperatorio tiene como objetivo principal reducir el contenido (volumen) del estómago y su acidez, para disminuir la posibilidad de sufrir una broncoaspiración.

¿Qué es la aspiración pulmonar o broncoaspiración?

Es el paso de contenido gástrico al pulmón, pudiendo producirse una neumonía, e incluso la muerte. Hay factores predisponentes al aumento del contenido gástrico tras las ayunas o por tanto a la broncoaspiración, como son la cirugía de urgencia, el embarazo, la obesidad, la diabetes o el consumo de fármacos opiá-

ceos (utilizados para el tratamiento crónico y agudo del dolor).

Se piensa que el ayuno reduce el riesgo de regurgitación y aspiración del contenido gástrico durante la cirugía, por lo que se han elaborado diferentes guías de ayuno preoperatorio

Líquidos claros

Se entiende por líquidos claros el agua, zumos sin pulpa, té sin leche y bebidas carbónicas. Queda excluido el alcohol. Se debe respetar un ayuno de dos horas para cualquiera de estos líquidos. El agua tarda una media de 12 minutos en salir del estómago.

Otros líquidos

Por norma general, se tratarán como los sólidos, debiendo respetar un ayuno de 6 horas.

Sólidos

El vaciamiento de los sólidos del estómago comienza aproximadamente una hora tras su ingesta, dependiendo de la cantidad y del tipo de alimento ingerido. A las 2 horas se estima que un 50% de los alimentos ingeridos han desaparecido del estómago y han pasado al duodeno. Las ayunas para sólidos deben ser de 6 horas antes de la cirugía, pudiendo aumentarse a 8 horas en caso de comidas copiosas o muy grasas.

Chicles

Los chicles estimulan la salivación y la producción de jugos gástricos, por lo que no se deben tomar chicles 2 horas antes de la cirugía.

Leche materna y fórmulas

El vaciamiento de la leche de fórmula y la leche materna se considera más lento que los líquidos claros por su alto contenido en grasas. La mayoría de guías aceptan un ayuno de 4 horas previo a la cirugía para la leche materna y de 6 horas para la leche de fórmula.

Conclusiones

Es de vital importancia la información en la consulta anestésica previa a una intervención quirúrgica programada proporcionar información a los pacientes acerca de las ayunas que han de seguir. Así mismo es igualmente imprescindible su correcto seguimiento por parte de los pacientes para disminuir en la medida de lo posible el riesgo de regurgitación o vómito y aspiración del mismo a nivel pulmonar, complicación poco frecuente pero potencialmente mortal.



Pie diabético

Loreto Ibor Serrano, María Marín Ibáñez, Loreto Abardia Tosat y Ana Blanca Sousa Bernués. Enfermeras. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Paula Omedas Bonafonte. Médico Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

La diabetes mellitus es un proceso crónico que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que genera. La diabetes es una enfermedad de carácter crónico que afecta a un 4% de la población española.

Los pies son una de las partes del cuerpo que puede verse más afectadas por esta enfermedad, dando lugar a lo que se conoce como "pie diabético".

En un número importante de diabéticos crónicos aparecen en sus pies lesiones caracterizadas por trastornos tróficos en la piel. Se estima que la mitad de las amputaciones de los miembros inferiores en el mundo se producen en personas diabéticas, siendo la diabetes la primera causa de amputación no traumática en los países desarrollados. El 15% de los pacientes con diabetes desarrollarán una úlcera a lo largo de su vida.

¿Qué es el pie diabético?

El pie diabético se define como la infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos del pie, asociados a neuropatía y/o enfermedad vascular periférica de diferente magnitud, en las extremidades inferiores de los pacientes con diabetes mellitus. Se produce debido a una alteración clínica por mantener unos niveles de glucosa más elevados de lo habitual.

¿Qué sintomatología tiene?

Los signos y síntomas de un paciente con pie diabético varían en función de las complicaciones que presenten.

La neuropatía diabética afecta a diferentes tipos de fibras nerviosas (sensitiva, motora y autónoma). Los principales síntomas son:

- Pérdida de la percepción ante estímulos dolorosos, presiones excesivas, cambios de temperatura y propiocepción del pie.
- Atrofia y debilidad de la musculatura de la extremidad inferior. Lo que produce deformi-

dades de los pies y aumento de las presiones en determinadas zonas del pie.

- Sequedad de los pies, dejando la piel más frágil y con tendencia a agrietarse.
- Edemas y distensiones vasculares.

La enfermedad vascular periférica produce alteraciones del trofismo del pie, que hacen que la piel sea más sensible al estrés biomecánico, dificultando la cicatrización y alterando los mecanismos de defensa inmunitarios. Esta enfermedad macrovascular produce como principal complicación la isquemia crónica del miembro inferior, la cual supone una disminución progresiva del aporte sanguíneo y consecuentemente la disminución de oxígeno a los tejidos del miembro inferior. Entre los principales síntomas destacan:

- **Claudicación intermitente:** Es la llamada "enfermedad del escapatate", produciendo dolor con la deambulación y obligando al paciente a pararse, llegando incluso a ser invalidante.
- **Dolor en reposo:** es típicamente nocturno, que requiere de dosis superiores de analgésicos a lo habitual y que suele preceder a la aparición de lesiones tróficas.
- **Lesiones tróficas:** Son lesiones en zonas de presión, localizadas en los dedos y en el talón del pie y que van ligadas a signos inflamatorios por infecciones asociadas.
- **Cambios en la coloración de la piel del pie.**
- **Trofismo de la piel:** Piel seca, fina, con ausencia de vello, uñas engrosadas y atrofia de la grasa plantar del pie.

¿Qué puedo hacer para prevenir las úlceras?

- **Realizar el cribaje neuropático y vasculopático:** Se recomienda realizar una vez al año el cribaje neuropático y vasculopático para comprobar el estado y la evolución de la enfermedad. Destacar que, en pacientes de riesgo, es recomendable hacerlo cada seis meses.
- **Observa a diario el pie:** Es aconsejable que todos los días se observe con detenimiento los pies prestando especial atención a la punta

del dedo gordo, al resto de dedos sobre todo por la parte de abajo, al talón y a la planta sin olvidar tampoco la zona exterior del pie. Si aparece alguna rozadura, herida o enrojecimiento lo ideal es acudir a un especialista.

- **Cuidado al cortar las uñas:** el corte debe ser recto utilizando un cortaúñas o un alicate recto, e intentando no dejar nunca esquinas ya que esto nos puede generar una lesión en la piel. En pacientes con diabetes, una pequeña herida a la que podríamos no darle importancia puede ser el punto de partida de una posible infección.

- **Presta especial atención a la higiene:** En un paciente diabético es importante lavar todos los días los pies y mantenerlos muy limpios. Es recomendable hacerlo con agua tibia y jabón. Cabe recordar que muchos pacientes no tienen sensibilidad en esta parte del cuerpo y no sentir el agua demasiado caliente puede generarle una quemadura. Por este motivo, también se tiene que evitar calentar los pies con bolsas de agua o colocarlos cerca de estufas y radiadores. Secar bien los pies también será fundamental al igual que hidratarlos con cremas específicas y cuidarlos para evitar la aparición de callosidades o durezas.

• Elegir un buen calzado:

- ▲ Escoger un calzado que no oprima ni desajuste y sea ligero.
- ▲ La pala debe ser amplia y alta (licra preferentemente).
- ▲ El interior no debe llevar costuras.
- ▲ La suela tiene que ser de goma y antideslizante.
- ▲ El tacón debe tener 2 o 3 centímetros.
- ▲ Calzado acordonado.
- ▲ Contrafuerte semirrígido.
- ▲ Los materiales del corte del calzado deben ser traspirables como la piel.
- ▲ Es recomendable revisar su interior todos los días ya que una pequeña piedra, por ejemplo, puede causar una herida.
- ▲ Si se estrena calzado, intentar llevarlo por la tarde y menos de una hora al día. Además, nunca caminar descalzos sino con unas zapatillas cómodas.

Diálisis peritoneal como técnica de tratamiento renal sustitutivo

*Isabel Félez Justes, Paula Munguía Navarro, Inés Beired Val y Carlos Bergua Amores.
FEA Nefrología. Hospital San Jorge. Huesca*

El término diálisis significa “pasar a través de”. En términos generales la diálisis peritoneal consiste en la introducción de líquido de diálisis a través de un catéter a la cavidad peritoneal utilizando el peritoneo como membrana para “filtrar y limpiar la sangre”. Mientras el líquido está en la cavidad peritoneal, se produce la diálisis: el exceso de líquidos y los productos de desecho pasan desde la sangre, a través de la membrana peritoneal, al fluido de diálisis.

Elementos necesarios para la diálisis peritoneal

A continuación describimos los tres elementos necesarios para la técnica:

◆ **Membrana peritoneal:** membrana fina y sólida que cubre la superficie externa de todos los órganos de la cavidad abdominal. Tiene una superficie aproximada de 2 m². La absorción de solutos y agua desde la cavidad peritoneal se hace a través de la membrana peritoneal.

◆ **Catéter peritoneal:** es un tubo de silicona de aproximadamente 30 cm de longitud. Se coloca mediante cirugía menor a través de la pared abdominal. Una parte queda en el in-

terior de la cavidad, otra tunelizada de forma subcutánea y otra externa, denominada línea de transferencia, que es la se conecta a la bolsa de solución de diálisis.

◆ **Solución de diálisis:** es un líquido estéril que se introduce en la cavidad peritoneal y que contiene: un agente osmótico que crea un gradiente de concentración y facilita la ultrafiltración de la sangre del capilar de la membrana peritoneal a la cavidad (habitualmente el agente osmótico es glucosa pero también puede ser aminoácidos o polímero de glucosa), electrolitos (sodio, cloro, calcio y magnesio) y bicarbonato o lactato para corregir la acidosis.

Etapas de la diálisis peritoneal

Cada ciclo va a constar de un drenaje inicial, un periodo de infusión de volumen y otro de permanencia.

◆ **Drenaje inicial:** en esta etapa se vacía por medio del catéter peritoneal conectado a una bolsa de drenaje el volumen de líquido ultrafiltrado por el peritoneo que se ha producido con el intercambio anterior. Para que la técnica sea efectiva el volumen drenado debe ser igual o mayor al infundido. El tiempo de drenaje es variable entre pacientes pero un rápido drenaje refleja un buen funciona-

miento, tiempo de media habitual entre 15 a 20 minutos.

◆ **Infusión de volumen:** se infunde a la cavidad peritoneal el líquido o solución de diálisis a través del catéter. Habitualmente se tarda una media de 10 a 15 minutos, dependiendo la permeabilidad del catéter de cada paciente.

◆ **Periodo de permanencia:** es el tiempo que el líquido de diálisis permanece en la cavidad abdominal hasta el próximo intercambio y en el que se producen los fenómenos de ultrafiltración y depuración de sustancias de desecho. Dependiendo de la pauta tendrá una duración determinada que será diferente en cada paciente

Modalidades de diálisis peritoneal

La elección entre estas dos opciones vendrá dada entre otras por las indicaciones del médico responsable y diversos aspectos sobre el estilo de vida y las preferencias del paciente. En cualquiera de sus dos modalidades es importante realizar los intercambios en un lugar limpio y con las medidas higiénicas adecuadas para evitar complicaciones infecciosas como es la peritonitis.

◆ **Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA):** consiste en realizar 3 ó 4 intercambios al día, la mayoría durante el día y ha-



bitualmente uno nocturno. La hora de los intercambios puede variar adaptándose a las necesidades de trabajo o estudio del paciente permitiéndole flexibilidad para compaginar su actividad.

◆ **Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA):** la mayoría de los intercambios se realizan durante la noche con la ayuda de una máquina que recibe el nombre de cicladora. La cicladora realiza varios ciclos de acuerdo con las horas (habitualmente entre 8-10 horas) y el volumen programados para cada recambio. La solución o líquido de diálisis se infundirá al peritoneo por medio de un conjunto de "vías o tubos" que conectan con el catéter peritoneal. El peritoneo durante el día puede quedar con o sin líquido peritoneal. Dentro de la DPA existen diferentes modalidades dependiendo del estilo de vida del paciente.

Indicaciones y contraindicaciones de la diálisis peritoneal

Entre las principales indicaciones se van a encontrar:

- Preferencia del paciente, pacientes laboralmente activos, con dificultad para desplazarse al centro hospitalario y especialmente niños.
- Pacientes en los que es difícil obtener un acceso vascular para hemodiálisis, que tengan

contraindicado el uso de anticoagulantes o antecedentes de sangrado.

- Antecedentes cardíacos y arritmias puesto que la diálisis peritoneal produce menos inestabilidad hemodinámica.

Las contraindicaciones absolutas son pocas pero la técnica estará contraindicada en patología psiquiátrica grave o intervenciones quirúrgicas abdominales recientes o negativa del paciente para realizar el tratamiento

Ventajas y desventajas de la diálisis peritoneal con respecto a la hemodiálisis

Entre las principales ventajas que presenta la DP con respecto a la hemodiálisis son:

- Se realiza en el domicilio y no en hospital por lo que permite independencia para el paciente y continuar con su estilo de vida.
- No requiere tantas limitaciones dietéticas ni restricción de líquidos como la hemodiálisis al ser una técnica continua. La naturaleza continua de la diálisis peritoneal suele permitir un consumo más variado de alimentos.
- Mantiene durante más tiempo la función renal residual es decir, debido a que no se producen grandes cambios de volumen en el paciente que conserva la capacidad de orinar un mayor volumen.

- Es una técnica más económica que la hemodiálisis.

- Es de fácil aprendizaje con un periodo medio de 2 a 4 semanas.

Con respecto a las desventajas que presenta:

- Requiere gran implicación y motivación del paciente para evitar fallos en la técnica.
- Es necesario llevar un catéter que no impide realizar ninguna actividad pero que puede resultar estéticamente incómodo para algunos pacientes.
- Si hay limitaciones físicas, capacidad visual disminuida o edad avanzada es necesario una red de apoyo familiar.
- Complicaciones infecciosas como peritonitis
- En el domicilio, se necesita un mínimo de espacio acondicionado para realizar el tratamiento y almacenar el material.

Conclusiones

La diálisis peritoneal es una técnica de TRS menos conocida pero no por ella menos efectiva que la hemodiálisis. Permite al paciente mantener un el estilo de vida activo muy similar al que llevaba previo a iniciar la terapia. En caso de necesidad de TRS la diálisis peritoneal debe ser una de las opciones a elegir.



La alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV), tan frecuente y tan desconocida

Violeta Fariña Jara. Residente de Pediatría Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Mónica López Campos. Pediatra Centro de Salud Actur Oeste. Zaragoza

Carlos Fernández Lozano. Enfermero del Hospital General de la Defensa. Zaragoza

Cristina Pablos Mur. Enfermera Centro de Salud Actur Oeste. Zaragoza

María Nieves Martínez Hernández. Pediatra Centro de Salud Actur Oeste. Zaragoza

María Pilar Viñas Viamonte. Auxiliar Administrativo del Hospital Royo Villanova. Zaragoza

La Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca (APLV) es la alergia alimentaria más frecuente en menores de 1 año. Se debe principalmente a una respuesta desproporcionada del sistema inmunológico a ciertos componentes de la leche de vaca, y que sirven de base para la elaboración de las fórmulas maternizadas estándar que se venden en el mercado.

Dada la reciente publicación de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, creemos importante la difusión de esta patología tan prevalente y desconocida en muchas ocasiones.

La APLV engloba un amplio espectro de síntomas clínicos, que pueden ir desde cuadros menores de estreñimiento, cólicos, irritabilidad hasta situaciones que pueden poner en peligro la vida del niño, como ser reacciones de tipo anafilaxia.

Prevalencia

Es importante señalar que existe disparidad en la estimación de la prevalencia debido al uso de distintos criterios diagnósticos (pruebas cutáneas, evaluación médica subjetiva, etc.), así diferencias según los países, etnias y estado socioeconómico.

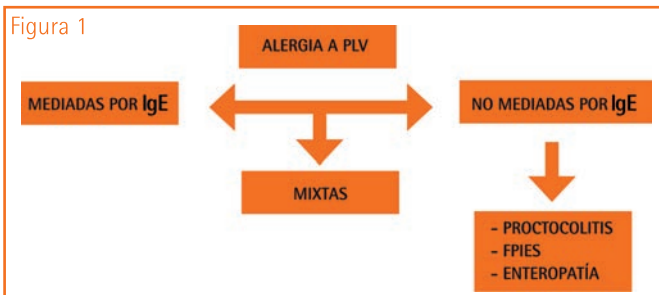
Clasificación de la alergia a la PLV (proteína de la leche de vaca)

Existen 3 tipos de APLV, las IgE mediadas, las no-IgE mediadas, y unas reacciones con mecanismo mixto. (Ver Figura 1)

1. Mediadas por IgE (INMEDIATAS): La clínica aparece a los pocos minutos-horas tras la toma de leche de vaca. Puede afectar a diferentes niveles, pero lo más frecuente son los síntomas dermatológicos agudos (eritema, urticaria y angioedema). Es típico que los padres refieran la aparición de una zona eritematosa alrededor de la boca inmediatamente después de la ingesta del primer biberón con PLV. Pueden presentar además cuadros de vómitos y diarreas, y síntomas respiratorios como sibilancias recurrentes, estridor y tos.

2. No mediadas por IgE (TARDÍAS): Los síntomas inician tras 1- 2 horas de la ingesta. Existen 3 síndromes principales asociados a la APLV-no IgE: Proctocolitis, FPIES (Síndrome de Enterocolitis por pro-

Figura 1





teínas alimentarias), y Enteropatía. En la presente publicación, nos centraremos en hablar de la APLV no-IgE mediada, la cual es una alergia frecuente y en ocasiones con manifestaciones clínicas inespecíficas y fluctuantes a lo largo del tiempo. (Ver Tabla 1)

dida de peso, vómitos, distensión abdominal o anorexia. El predominio de un síntoma u otro dependerá de la porción del tubo digestivo que afecte.

FPIES (Síndrome de Enterocolitis por proteínas alimentarias): La forma aguda es la más fre-

cuente. Es además importante la realización de una EXPLORACIÓN FÍSICA DETALLADA.

La prueba de exclusión-provocación es el GOLD STANDARD para realizar el diagnóstico de APLV no-IgE mediada. Para esto se retiran las PLV de la dieta durante un periodo de 4 a 6 se-

manas (prueba de exclusión), se observa como mejoran los síntomas, para incorporarlas nuevamente de forma controlada (prueba de provocación), e inducir la clínica previa.

Tabla 1	PROCTOCOLITIS	FPIES	ENTEROPATÍA
Edad de aparición	Menos de 6 meses	Depende de la edad de introducción.	Depende de la edad de introducción.
Ant. Familiares de atopia	Menos 25%	40-70%	Desconocido
Clínica con lactancia materna exclusiva	60%	Raro	Desconocido
Síntomas: Vómitos Diarrea Sangre en heces Fallo de medro Shock	NO Leve Sí Ausente Ausente	Abundantes Profusa Sí Moderado-grave 15%	Intermitente Moderada Rara Moderado Ausente
Desarrollo de tolerancia a PLV	Antes de los 12 meses	Entre los 3-5 años	Entre los 12-36 meses

3. Mediadas por mecanismo MIXTO: existen 2 cuadros que tienen un mecanismo tanto IgE como no-IgE mediados. Por un lado la dermatitis atópica en la que es clave la correcta anamnesis, por ser una manifestación clásica de varias alergias de tipo alimentaria. Por otro lado, la esofagitis eosinofílica, que clásicamente se manifiesta por reflujos gastroesofágicos frecuentes.

Presentación clínica de la APLV no-IgE mediada

La proctocolitis alérgica: se da en niños menores de 6 meses. Típicamente presenta emisión de sangre roja y moco en las heces. No existe afectación del estado general ni alteración de la ganancia pondero-estatural. Si el sangrado se mantiene en el tiempo puede generar anemia ferropénica. La mayoría de los casos se presenta en niños con lactancia materna exclusiva (LME).

La **enteropatía sensible a PLV** puede presentarse como diarrea crónica, no ganancia o pér-

cuento, y se presenta como vómitos repetidos entre 1-4 horas después de la ingesta y afectación sistémica con alteraciones hidroelectrolíticas (situación shock-like) en las formas más graves. La clínica mejora en las 24 horas siguientes a la ingesta y la mayoría de los niños están asintomáticos entre los episodios, con un crecimiento normal. La forma crónica por su parte presenta una clínica similar a la enteropatía sensible a PLV.

Otros trastornos digestivos menores que son comunes en la primera infancia y pueden estar relacionados con la APLV incluyen la enfermedad por reflujo, cólicos y estreñimiento.

Diagnóstico

Lo más importante es una ANAMNESIS DETALLADA haciendo referencia a antecedentes familiares y/o personales de atopia, el tipo de alimentación recibida (materna, artificial y presencia de biberones esporádicos), la edad de comienzo de los síntomas, el tiempo transcurrido entre la ingesta de leche y la aparición de los

Tratamiento y pronóstico de las APLV no IgE mediada

Es necesario instaurar una dieta libre de proteínas de leche de vaca, administrando fórmulas de hidrolizados extensos (FEH) de caseína y/o seroproteínas, las fórmulas a base de aminoácidos libres (elementales), las fórmulas de arroz hidrolizado y las fórmulas de soja (no en menores de 6 meses). Si el niño está con lactancia materna exclusiva, se debe eliminar de la dieta materna todos los productos y alimentos que contengan leche de vaca. En cuanto al pronóstico la mayoría de los niños tiende a conseguir una tolerancia natural. Debemos tener presente que la APLV es una enfermedad con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, generando dificultad para el diagnóstico. Los pediatras deben considerar esta posibilidad ante la presencia de síntomas clínicos inespecíficos, sobre todo en niños menores de 2 años.

¿Cuáles son las diferencias básicas entre diabetes tipo 1 y tipo 2?

David Parra Olivar

Enfermero en Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Miguel Servet Zaragoza

La diabetes es una enfermedad crónica e irreversible metabólica en la que se produce un exceso de glucosa tanto en sangre como en orina, debido a la disminución de la secreción de la hormona insulina o una deficiencia de su acción.

Existen dos tipos fundamentales de diabetes: diabetes mellitus tipo 1 y la diabetes mellitus tipo 2.

Existen diferencias significativas entre estos dos tipos de diabetes:

◆ DIABETES TIPO 1

Su incidencia es mayor entre los jóvenes y los niños, aunque en menor medida, puede producirse en adultos.

La causa de este tipo de diabetes, es la destrucción de las células beta del páncreas por el propio sistema inmunitario del paciente.

No se puede prevenir la aparición de diabetes tipo 1 y se caracteriza por ser crónica, ya que una vez que la enfermedad aparece no remite y el tratamiento a seguir es de por vida.

El tratamiento a seguir es administrar al organismo insulina mediante inyecciones a diario o bien la conexión a una bomba de insulina para controlar los niveles de glucosa en sangre.

Las complicaciones se manifiestan de forma gradual, si los niveles de azúcar en sangre no se controlan de forma correcta durante un periodo prolongado, a la larga, las complicaciones de la diabetes pueden poner en riesgo la vida e incluso pueden ser incapacitantes.

◆ DIABETES TIPO 2

Es la más común, ya que se estima que 348 millones de personas en el mundo sufren este tipo de diabetes y se prevé que en el año 2035, una de cada 10 personas la padecerá. Se

desarrolla con mayor frecuencia en personas adultas y mayores.

La diabetes tipo 2 solía ser conocida como diabetes de aparición en la edad adulta, pero hoy en día se está diagnosticando a niños probablemente debido al aumento de la obesidad infantil.

La mayoría de enfermos con diabetes tipo 2 pueden producir insulina aunque no en cantidades suficientes que el organismo necesita para funcionar correctamente lo que provoca la aparición de hiperglucemia mantenida, apareciendo complicaciones crónicas.

La obesidad, la vida sedentaria y la predisposición genética entre otros factores pueden provocar este tipo de diabetes.

La forma de prevención o retraso de su aparición consiste en llevar una dieta sana con práctica de ejercicio físico de forma regular.

medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN

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

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



El absceso perianal y su potencial complicación: La Gangrena de Fournier

Antonio García Domínguez. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca

Alejandra Utrilla Fornals. Médico Interno Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge (Huesca).

Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca

Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Carmen Jimeno Griñó. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca

Francisco Javier García Alarcón. Médico de Servicio de Urología. Hospital San Jorge de Huesca

María Marín Ibañez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Mariela Olivari Montoya. Enfermera especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

María José Anoro Casbas. Supervisora enfermería especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

El absceso perianal es una acumulación de pus que se origina en las inmediaciones del canal anal.

Estos abscesos pueden deberse a causas específicas (como cuerpos extraños, traumatismos, enfermedades inflamatorias intestinales, procesos infecciosos específicos, tumores, secuelas de tratamientos radioterápicos, fisuras anales) o inespecíficas. Dentro de las causas inespecíficas, la teoría más aceptada es la criptoglandular, es decir, que tienen su origen en las glándulas anales. Estas glándulas, que desembocan en las criptas y están situadas alrededor del canal anal en número de 6 a 10 en total, pueden obstruirse, desencadenando un proceso infeccioso que desemboca en la formación de un absceso.

Los abscesos perianales son el doble de frecuentes en el sexo masculino y, respecto a la edad de aparición, alcanzan su máxima incidencia entre la tercera y la quinta décadas de la vida. Así mismo, se ha visto relación con determinadas épocas del año, ya que la frecuencia de esta patología se incrementa en los meses de primavera y verano.

Dentro de los abscesos anorrectales, podemos encontrar 5 tipos diferentes:

1. Absceso Perianal: Es la forma más frecuente, representando más del 50% de todos los abscesos anorrectales. Clínicamente se manifiesta por proctalgia intensa (dolor anal intenso), que se exacerba con la defecación y la sedestación (al sentarse) junto con la aparición de fiebre y leucocitosis (elevación de leucocitos en la analítica). A la exploración física, se evidencia una zona de tumefacción, indurada y eritematosa que a veces se acompaña de áreas de fluctuación. Esta exploración física suele ir acompañada de la realización de un tacto rectal, sin embargo, no siempre es posible debido al intenso dolor que experimenta el paciente.

2. Absceso Isquiorrectal: Son el segundo tipo más frecuente de abscesos anorrectales.

Clínicamente, se manifiestan también por proctalgia muy intensa, así como por la presencia en la exploración física de una zona indurada y eritematosa en la región glútea baja. Esta clínica puede acompañarse de áreas de fluctuación. En este tipo de abscesos, la presencia de fiebre y de leucocitosis es todavía más habitual que en los abscesos perianales.

3. Absceso Postanal Profundo: Estos abscesos se forman entre el esfínter anal externo y el músculo elevador del ano, en la línea media posterior. Esta localización profunda, hace que habitualmente no exista ninguna manifestación visual a la exploración física, sin embargo, el paciente presenta proctalgia intensa y fiebre. En este contexto, puede ser de gran ayuda la realización de una prueba de imagen, como la Tomografía Computarizada (TC), que nos ayude a confirmar el diagnóstico y que, además, nos concrete la localización exacta del absceso.

4. Absceso Interesfinteriano: En esta variedad de absceso, la infección se disemina en dirección ascendente siguiendo el plano interesfinteriano (plano que queda entre el esfínter anal externo y el interno) en lugar de dirigirse hacia la piel. Esto hace que, al igual que en el caso anterior, habitualmente no exista ninguna manifestación visual a la exploración física, siendo la proctalgia en muchas ocasiones la única sintomatología de los pacientes. En este tipo de abscesos, la presencia de fiebre no es tan frecuente como en los anteriores. Para completar la sospecha diagnóstica, será necesaria la realización de un tacto rectal, el cual permitirá palpar una masa en la pared del recto. En caso de no ser posible y si persisten dudas diagnósticas, puede estar indicada la realización de una prueba de imagen para confirmar el diagnóstico.

5. Absceso Supraelevador: Es la forma menos frecuente, representando únicamente menos del 5% de todos los abscesos anorrec-

tales. La particularidad de este tipo de abscesos radica en que, además de poder originarse como consecuencia de la obstrucción de una glándula anal, pueden deberse a otros procesos infecciosos originados en la pelvis, como por ejemplo, la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, la Enfermedad Inflamatoria Pélvica o la Diverticulitis Aguda. Clínicamente, se manifiestan en forma de proctalgia, fiebre y leucocitosis. Al no presentar manifestaciones visuales a la exploración física, puede estar indicada la realización de una prueba de imagen para confirmar el diagnóstico.

El tratamiento de los abscesos anorrectales, independientemente del tipo que sean, es el drenaje quirúrgico urgente, que puede ir acompañado, o no, de tratamiento antibiótico intravenoso. Este drenaje se realiza en quirófano, ya que suele precisar de anestesia general o regional debido a la gran hipersensibilidad de la zona, el tamaño de la incisión del drenaje, así como la posibilidad de utilización de electrocoagulación en caso de sangrado importante.

¿Qué consecuencias tiene no drenar los abscesos anorrectales?

Si los abscesos anorrectales no son correctamente drenados, existe el riesgo de que la infección se generalice a toda la región del periné, pudiendo dar lugar a lo que se conoce como Gangrena de Fournier, la cual se caracteriza por una fascitis necrotizante que afecta a la región perianal, la región genital (escroto y pene en hombres, vulva en mujeres) y que puede extenderse hacia la pared abdominal. Esta patología, que requiere de tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro junto con desbridamientos quirúrgicos amplios, presenta una evolución rápida y agresiva, presentando una elevada tasa de mortalidad a pesar de un tratamiento adecuado y precoz.



Carcinoma Ductal in Situ de mama

Alejandra Utrilla Fornals. Médico Interno Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge (Huesca)

Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca

María Marín Ibañez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Carmen Jimeno Griñó. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca

Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Antonio García Domínguez. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

María José Anoro Casbas. Supervisora enfermería especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca

Francisco Javier García Alarcón. Médico de Servicio de Urología. Hospital San Jorge de Huesca

Mariela Olivari Montoya. Enfermera especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

El carcinoma ductal in situ (CDIS) es el tipo más común de cáncer de mama no invasivo. El CDIS se forma mediante la proliferación “in situ” de células epiteliales en el interior de los conductos galactóforos de la mama, donde permanece sin propagarse hacia otros tejidos mamarios circundantes normales. Es considerado no invasivo y tiene un índice de supervivencia elevado.

La mayor parte de CDIS se presentan como una lesión no palpable, por lo que son detectados mamográficamente, principalmente por la presencia de microcalcificaciones, durante el cribado habitual de las mujeres mayores de 40 años.

El tratamiento actual del carcinoma ductal in situ de mama es quirúrgico, mediante cirugía conservadora o mastectomía (en algunos casos), dependiendo de la extensión de las microcalcificaciones objetivadas en la mamografía y requiere radioterapia en los casos de cirugía conservadora.

Históricamente, el factor pronóstico más im-

portante en relación con la supervivencia del cáncer de mama era la afectación ganglionar de la axila, principal determinante de las opciones terapéuticas adyuvantes, tales como la linfadenectomía axilar y la necesidad de tratamiento oncológico.

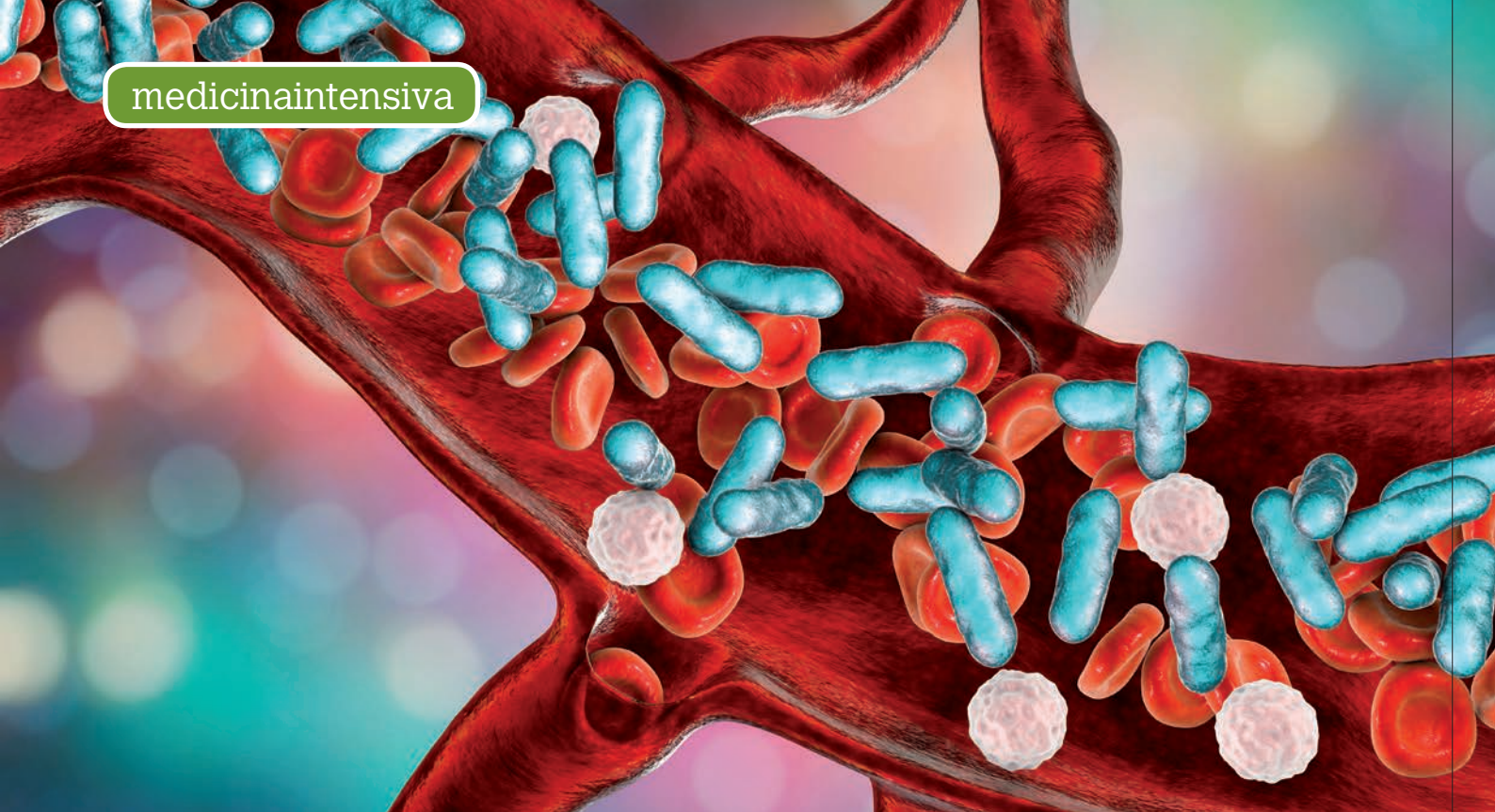
Biopsia selectiva del ganglio centinela

Actualmente la valoración de la afectación axilar en el cáncer de mama se realiza por medio de la biopsia selectiva del ganglio centinela, procedimiento diagnóstico de elección que permite estadificar a las pacientes sin necesidad de producir la morbilidad ocasionada por la linfadenectomía axilar.

Si, por definición, el carcinoma ductal in situ es una lesión no invasora que carece del potencial para propagarse hacia los ganglios linfáticos adyacentes, intervenciones más agresivas incluyendo la biopsia selectiva de ganglio centinela podrían aumentar el riesgo de complicaciones tales como el linfedema, y con ello ocasionar dolor crónico, parestesias y disminución de la fuerza del brazo afecto, sin repercutir positivamente en el pronóstico de la paciente.

A día de hoy, no se ha demostrado una disminución en la supervivencia o un aumento en la tasa de recurrencia de la enfermedad al no intervenir la axila en los carcinomas in situ puros, pero sí se ha observado que en un pequeño porcentaje de casos en los que se encuentra un componente invasivo, dejar los ganglios linfáticos intactos podría aumentar el riesgo local de recurrencia.

Los resultados de múltiples estudios sugieren que la decisión de realizar la biopsia selectiva de ganglio centinela en carcinomas ductales in situ simultáneamente con la cirugía parece válida en casos de mastectomía con CDIS de alto grado y tamaño superior a 25mm. Por otro lado, algunos estudios de este mismo año defienden la no realización de la biopsia selectiva de ganglio centinela en pacientes con cirugía conservadora y recomiendan valorar en comité multidisciplinar la realización de dicha técnica sólo si existe componente infiltrante en la biopsia definitiva, permitiendo como indicación de biopsia selectiva del ganglio centinela sólo la mastectomía por la dificultad de realizar la valoración axilar después de la misma.



¿Qué es la sepsis?

Maria Fuster Cabré y Maria Isabel Marquina Lacueva. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

Santiago Ezquerro Sáenz y Patricia Serrano Frago. Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

La sepsis es una enfermedad grave, de la cual se sabe poco y con potencial curabilidad si se consulta y detecta pronto. Es por ello que debemos estar alerta ante cualquier síntoma tanto en nuestro organismo como en el de nuestros familiares más vulnerables, y consultar con un médico o enfermera para poder actuar y evitar entrar en la siguiente fase de gravedad, el shock séptico.

¿Qué es la sepsis?

Se habla de un proceso séptico, sepsis o septicemia indistintamente, para definir una infección grave que se ha extendido por todo el cuerpo humano. La infección generalizada produce una reacción natural en el cuerpo, que consiste en liberar sustancias químicas inmunitarias a la sangre que pretenden luchar contra la infección.

Esta liberación de sustancias provoca una inflamación generalizada, y ello conlleva una alteración de todos los mecanismos que compensaban nuestro organismo, básicos para continuar su ciclo normal. Es entonces cuando el propio cuerpo no es capaz de mantener una tensión arterial suficiente para llevar sangre oxigenada y nutrientes a los órganos, y cuando se pueden provocar daños éstos y empezamos a hablar de insuficiencias orgánicas

(insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, etc), y de shock séptico.

¿Qué causa una sepsis?

El origen de la sepsis es una infección primaria que puede estar en cualquier parte u órgano del cuerpo. Lo más común es originarse en una infección en los pulmones (neumonía), los riñones o vías urinarias, la piel o el tracto digestivo, aunque también pueden ser infecciones en el resto de órganos o tejidos del cuerpo, como el cerebro, corazón, huesos, etc. Como toda infección, una sepsis está provocada por un microorganismo. El más frecuente suelen ser bacterias, pero también puede ser provocada por hongos y virus, entre otros. El microorganismo aprovecha una situación idónea para multiplicarse y extenderse. Tal y como ya hemos comentado, es cuando esa infección pasa al torrente sanguíneo cuando hablamos de sepsis.

A cualquier persona puede pasarle, pero hay gente que se encuentra más en riesgo que otros. Ellos son: ancianos o gente postrada en una cama, cirugía reciente o pacientes hospitalizados, tener dispositivos externos implantados en el cuerpo (vías, catéteres, prótesis...), y sobre todo el hecho de tener debilitado el sistema inmunitario porque el cuerpo pierde la capacidad de luchar contra la infección primaria (pacientes oncológicos,

enfermedades del sistema sanguíneo, etc).

¿Qué síntomas provoca una sepsis?

Los síntomas más frecuentes de una sepsis suelen ser la fiebre, malestar general, agotamiento físico, escalofríos, respiración acelerada o taquicardia. Cuando la sepsis se agrava, podemos empezar a estar confusos, desorientados, mareados, piel sudorosa y fría, pocas ganas de orinar y/u orinar con mucha menos cantidad y dificultad para respirar. Los primeros síntomas de la sepsis son muy inespecíficos, pudiendo ser síntomas de otras afecciones, y es por ello que es muy difícil de diagnosticar en etapas tempranas de la enfermedad.

¿Cuándo y a quién debería consultar?

Se debería consultar a un médico o enfermera lo más rápido posible cuando se tiene alguno de los síntomas, o más de uno, de los citados anteriormente. Sobre todo, si tenemos fiebre, escalofríos y sudoración fría. Si dejamos evolucionar la sepsis, se puede llegar a presentar un shock séptico, situación de alta gravedad donde el paciente se encuentra con muy mal estado general, incluso llegar a perder la consciencia. Es por ello que estando alerta sobre los síntomas y acudiendo al centro de salud o servicio de urgencias o podemos frenar la cascada de empeoramiento.

Problemas del cuidador de persona anciana

Miguel Sánchez Ortiz y Carmen Oquendo Marmaneu. MIR Geriatría Hospital San José. Teruel
Leticia Ibarra Reyes. MIR Medicina Interna Hospital Obispo Polanco. Teruel
Marta González Eizaguirre. FEA Geriatría Hospital San José. Teruel
Ana Mateo Abab y Elisa García Simón. EIR Geriatría Hospital San José. Teruel

El aumento de la esperanza de vida y el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas incapacitantes, son dos de las principales características demográficas de la población del presente siglo. En este escenario, la labor del cuidador es esencial porque permite al enfermo prolongar su estancia en el entorno familiar, con lo que ello implica en cuanto a su bienestar, el mantenimiento de las relaciones sociales y el ahorro que puede suponer para determinadas economías.

El cuidador, a grandes rasgos, es aquella persona que asiste a la persona que presenta algún impedimento en el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.

La vida del cuidador y del resto de familiares que se ocupan de un paciente dependiente, se puede ver afectada de muchas maneras teniendo un importante impacto físico, psi-

cológico y socio-económico. Esto es debido a que tener una persona enferma y dependiente interfiere en la dinámica familiar y altera el día a día de quien asume el rol de cuidador principal, favoreciendo la aparición de cuadros depresivos, insomnio, agresividad y cambios de humor. A todo ello hay que añadir que esta situación también puede suponer un gran gasto económico para el entorno familiar ya que en muchas ocasiones, quien va a asumir el rol de cuidador principal, se ve obligado a abandonar su trabajo favoreciendo la aparición de cuadros de ansiedad secundarios a la preocupación económica.

Existen muchos factores relacionados entre sí, incluso algunos dependientes de otros, que influyen directamente sobre la dinámica familiar cotidiana, el tiempo que pueden dedicar al ocio o a otro tipo de actividades, lo que produce un cambio de hábitos de vida en el entorno del paciente y de manera especial en la del cuidador principal. En suma, el cuidado puede conllevar:

Burnout o síndrome del cuidador quemado

El riesgo más perentorio para el cuidador es el conocido como síndrome del cuidador, que produce estrés laboral, estrés afectivo, inadecuación personal (cansancio, cefaleas, ansiedad), e incluso a fase de vacío personal, que es habitual que aparezca cuando el enfermo ha ingresado en una residencia o ha fallecido y el cuidador tiene que aprender a vivir sin él y adaptarse a una nueva realidad.

El síndrome o carga del cuidador es un concepto que se refiere al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados y está producido por el estrés continuado de tipo crónico, con tareas monótonas y repetitivas, sensación de falta de control sobre el resultado final de esta labor y que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador.

Este síndrome incluye desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos a los que se cuida, desmotivación, depresión-



angustia, trastornos psicossomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales, agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación.

Conforme avanza la enfermedad, estas alteraciones emocionales se pueden manifestar como alteraciones de conducta, del carácter e incluso alteraciones psicossomáticas manifestadas con la aparición de angustia, alergias, afecciones de la piel, cefaleas, lumbalgias o trastornos gástricos e intestinales.

Probablemente, el trastorno físico más frecuente en el cuidador es el cansancio y la sensación de empeoramiento del estado general y de salud. Estableciendo una comparativa entre una persona de análogas condiciones que no desempeña el rol de cuidador, se observa que disfrutan de una salud mejor.

Los familiares cuidadores primarios tienen un riesgo en torno al 70% de sufrir mayor incidencia de problemas orgánicos. Sin em-

bargo, no suelen acudir a consulta médica, aun reconociendo no encontrarse bien, por lo que tardan más en recuperarse de las enfermedades.

Salud mental y física

Así mismo, es muy común que no estén atentos a su autocuidado, a modo de ejemplo, no duermen lo suficiente, se alimentan de forma inadecuada, realizan escaso ejercicio físico, abusan del tabaco o alcohol, no realizan la vacunación en caso de precisarlo, se automedicán e incumplen los tratamientos médicos. La salud mental está sistemáticamente más afectada que la salud física en los cuidadores primarios, sobre todo en los familiares. Se puede observar que en un 54% de los cuidadores primarios se detectan problemas importantes de ansiedad (nerviosismo, angustia, tensión, y estrés) y a medida que avanza la enfermedad, puede desembocar en una depresión (hasta en un 28% de los cuidadores). Por todo ello, está acreditado que para ninguna persona es fácil enfrentarse a los cuidados

que precisa el enfermo dependiente que tenga a su cargo y en ningún caso, le es posible continuar con su vida cotidiana. Incluso para las personas que manejan la situación de una manera optimista y positiva, es preciso que se conciencien de que van a tener que realizar muchas renunciaciones y dedicar gran cantidad de su tiempo y esfuerzo a la absorbente actividad que conlleva hacerse cargo de una persona en esas condiciones.

Con una adecuada planificación que sea meticulosa, organizando las ayudas que puedan dispensar otros miembros de la familia, extremar el autocuidado y disponer de los recursos sociosanitarios disponibles a los que se puedan acoger, la tarea de cuidar será más llevadera. Mejorará su rendimiento como cuidador, optimizando el tiempo dedicado a la atención al enfermo y consiguiendo mayor confort para la persona a su cargo con lo que posibilitará que permanezca más tiempo en su hogar, sin que ello suponga un lastre para toda la familia y para el que pueda poner en peligro la normal convivencia.

Se me ha roto el preservativo, ¿qué opciones tengo?

Anticoncepción de urgencia

Ana Pilar Huertas Harguindey. MIR Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente AFyC Sector Zaragoza 1, CS La Jota

Daniel Ferrer Sorolla. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Calaceite

Blanca Puentes Felipe. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Actur Sur

Inés Cortés Carbonel. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Actur Oeste

Marta Domínguez García. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arrabal

Diego Pueyo Gascón. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Actur Norte

Daniel Hijazo Gascón. MIR Urología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Rebeca Herrero Serrano. Especialista Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Miguel Servet

La anticoncepción de urgencia es la utilización de un fármaco o dispositivo para evitar un embarazo no deseado tras una relación sexual con coito vaginal sin protección o en la que se haya producido un potencial fallo del método anticonceptivo.

En ningún caso debe considerarse un método anticonceptivo habitual. La anticoncepción de urgencia estaría indicada en las siguientes situaciones:

- Coito vaginal sin protección.
- Rotura, deslizamiento o mal uso del preservativo.
- Olvidos de dos o más tomas de anticonceptivo o toma de fármacos que disminuyan eficacia del anticonceptivo.
- Expulsión parcial o completa de DIU, o no localización del mismo.
- Violación en una mujer que no tomase anticoncepción previa.
- Exposición a sustancias teratógenas tras coito sin protección.

Métodos disponibles y mecanismo de acción

◆ LEVONORGESTREL (LNG)

- Progestágeno, Dosis única de 1500 µg.
- Uso hasta 72 horas tras el coito no protegido.
- No contraindicaciones médicas.
- Libre dispensación en farmacias. Dispensación gratuita en centros de salud, urgencias y planificación familiar (según comunidades autónomas).
- Inhibe o retrasa la ovulación, parece que además afectaría al moco cervical y a la capacidad de los espermatozoides de unirse al ovulo
- No impide implantación si ya ha habido fecundación (unión de óvulo y espermatozoide) por lo que no es abortivo ni 100% eficaz.
- No interrumpe embarazo ni produce malformaciones.
- Puede usarse durante la lactancia sin necesidad de desechar la leche.
- No debe usarse en:
 - ◆ Gestación conocida ya que sería ineficaz.
 - ◆ Pacientes con intolerancia/hipersensibilidad a levonorgestrel, a la galactosa, insuficiencia de lactasa o malabsorción de glucosa-galac-

tosa por componentes de los excipientes.

◆ Insuficiencia hepática grave.

- Si IMC > 25 valorar otras opciones ya que puede disminuir efectividad.
- Síndromes malabsortivos (Crohn, cirugía bariátrica...) pueden disminuir efectividad.
- Puede utilizarse más de una vez en el mismo ciclo menstrual.
- Efectos secundarios leves, entre los más frecuentes se encuentran: sangrado irregular, retraso o adelantamiento de próximo ciclo, cefalea, dismenorrea, aumento de sensibilidad mamaria, náuseas (si se produjese vomito en las primeras dos horas tras toma de dosis debe repetirse la toma).

◆ ACETATO DE ULIPRISTAL (AUP)

- Dosis única de 30 mg.
- 120 horas tras el coito no protegido.
- Precaución si:
 - ◆ Asma grave no controlada
 - ◆ Insuficiencia hepática grave
- Libre dispensación desde 2015
- Modulador de los receptores de progesterona a los que bloquea, retrasa la ovulación



hasta 5 días por lo que se cierra la ventana fértil (los espermatozoides sobreviven máximo 3 a 5. Al igual que LNG si ya ha ocurrido la ovulación no sería efectivo.

- Dado que AUP es un modulador de receptores de progesterona puede disminuir la eficacia de anticonceptivos hormonales por lo que se tiene que usar un método adicional durante 14 días en el caso de los combinados, excepto en QlairaR que serían 16 días, y 9 días en las píldoras de solo gestágenos.

- En los 2 a 6 días alrededor de la ovulación probablemente sería más eficaz AUP que LNG.

- No está demostrado que evite la implantación si ya ha habido fecundación por lo que no sería abortiva ni 100% eficaz, no parece que tenga efectos teratogénos.

- Existe controversia sobre si se debe suspender la lactancia de 24 h a 7 días, hay autores que incluso indican que no debe suspenderse la lactancia ya que el paso a leche materna es infimo.

- Si $IMC > 35$ disminución de efectividad.

- Interacciones/ Uso de otros medicamentos:

- ◊ En mujeres que están tomando medicamentos inductores enzimáticos (algunos anti-epilépticos, antibióticos como rifampicina y rifabutina, antiretrovirales como ritonavir y la hierba de San Juan) no se debe usar AUP durante el tratamiento o en los siguientes

28 días después de finalizarlo ya que pueden reducir su eficacia anticonceptiva.

- ◊ No debe utilizarse junto a fármacos que incrementen el pH gástrico, como antiácidos, antagonistas de los receptores de H_2 y con los inhibidores de la bomba de protones, ya que pueden reducir las concentraciones plasmáticas de AUP y disminuir su eficacia.

- Efectos secundarios: Náuseas, dolores de cabeza y abdominales son los más habituales, y suelen ser leves y autolimitados. Si aparecen vómitos en las primeras tres horas después de la toma de AUP, se debería repetir la dosis o valorar la inserción de un DIU de Cu.

- No está estudiado su uso varias veces en un mismo ciclo menstrual, por lo que no estaría indicado.

◊ DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE

- Es seguro siempre que se inserte por una persona bien entrenada, riesgo muy bajo de perforación uterina.

- Hasta 120 horas tras el coito.

- Su mecanismo de acción fundamental se ejerce sobre el endometrio, si es usado tras la fecundación, afectaría a la receptividad endometrial, tendría un efecto antiimplantatorio incluso si ya se hubiese producido fecundación (método más eficaz).

- El aspecto más positivo de este método es, además de su alta eficacia, la posibilidad que

brinda de mantenerlo como anticoncepción a largo plazo.

- Contraindicado en gestación, infecciones ginecológicas o pélvicas, algunas malformaciones uterinas y SIDA no controlado con tratamiento antirretroviral.

- Aunque no estaría contraindicado, no es el método de elección ante una violación.

- Los efectos secundarios más habituales son similares a cuando se utiliza como método anticonceptivo habitual, como dolor durante la inserción, sangrados más abundantes y prolongados, que suelen ir disminuyendo pasados unos meses.

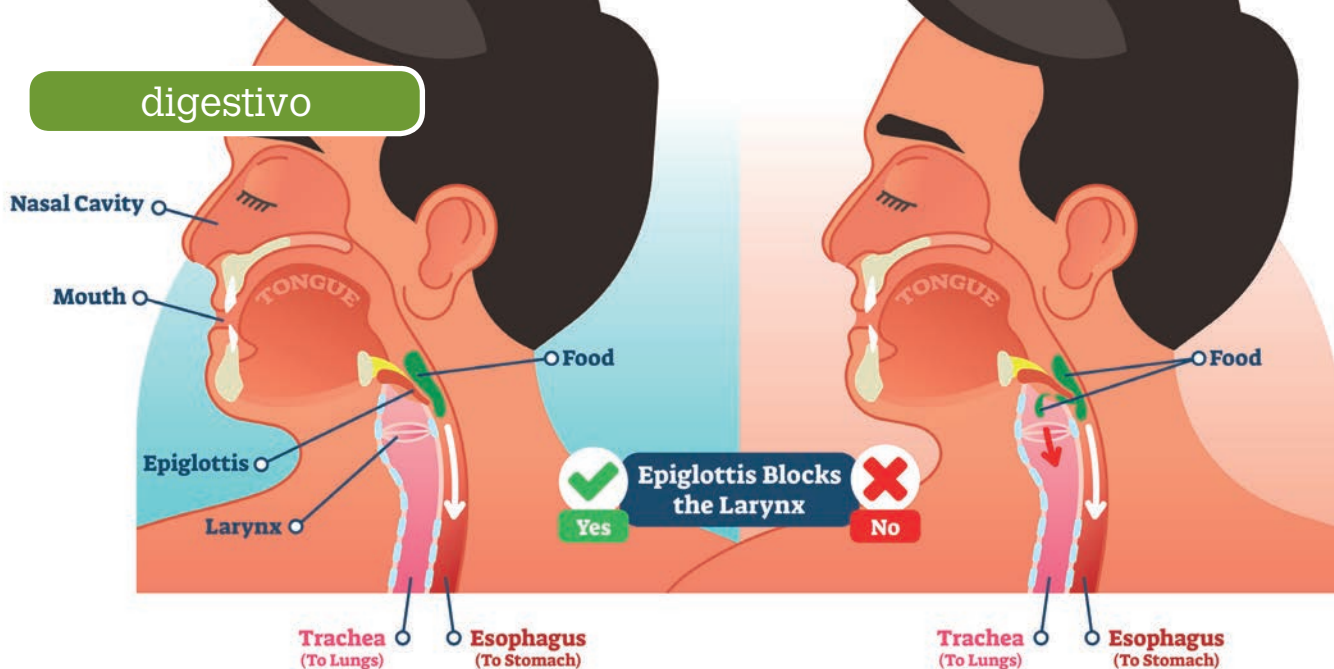
- No hay ninguna interacción medicamentosa con el DIU de Cu.

Soy menor, ¿necesito permiso de mis padres?

- Mayores de 16 años o mayores de 14 emancipados: mayoría de edad médica.

- De 12 a 16 años: el facultativo deberá valorar si se trata de un "menor maduro" con capacidad de entender la información proporcionada y el alcance del tratamiento, si se considera menor maduro puede dispensarse la medicación.

- Menores de 12 años: se requiere consentimiento del representante legal.



¿Qué es el divertículo de Zenker?

Carmen Jimeno Griñó. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca

Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca

Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca

María Marín Ibañez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Mariela Olivari Montoya. Enfermera especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

María José Anoro Casbas. Supervisora enfermería especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

Antonio García Domínguez. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

Alejandra Utrilla Fornals. Médico Interno Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge (Huesca)

Francisco Javier García Alarcón. Médico de Servicio de Urología. Hospital San Jorge de Huesca

Pilar Jimeno Griñó. Médico FEA Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia

El divertículo de Zenker o faringo-esofágico es el divertículo esofágico más frecuente, fue descrito inicialmente en 1769 por el cirujano inglés Ludlow, sin embargo, en 1874 el cirujano alemán Zenker publicó una revisión de 22 casos y se le otorgó su nombre.

Su prevalencia en la población general es baja entre el 0,01 y el 0,11% y se presenta con mayor frecuencia en hombres ancianos. Es debido a una protusión de la mucosa y submucosa hipofaríngeas a través de una zona relativamente débil de la pared posterior de la faringe denominada el triángulo de Killian, situado entre el músculo constrictor inferior de la faringe y el músculo cricofaríngeo. Se sitúa en el tercio superior, en la unión faringo-esofágica posterior y se trata de un falso divertículo ya que su pared no tiene capa muscular longitudinal.

La fisiopatología es desconocida, aunque es debido fundamentalmente al aumento de la pulsión o presión interna ejercida sobre la pared muscular posterior de la hipofaringe durante la deglución, la cual presenta una resistencia menor debido a cambios estructurales que se producen, como degeneración

de las fibras musculares, sustitución por tejido adiposo, fibrosis y necrosis. La presión aplicada crónicamente a las paredes de la hipofaringe causa herniación progresiva de la mucosa a través del triángulo de Killian. Al crecer el divertículo comienza a llenarse de alimento y esto causa la sintomatología.

Halitosis, disfagia, regurgitación...

Respecto a la clínica suele ser inicialmente asintomática o cursar con una sintomatología leve en forma de faringitis crónica. Lo más típico es la regurgitación no ácida y la disfagia. También puede dar lugar a otros síntomas como halitosis, ronquera, compresión del esófago o una masa laterocervical supraclavicular izquierda tras la deglución que puede ser vaciada por compresión. Algunos pacientes perciben la presencia de una masa o una burbuja en el cuello y es frecuente la pérdida de peso.

Puede dar lugar a complicaciones, siendo la más severa la neumonía por aspiración. Otras complicaciones menos frecuentes son la ulceración, hemorragia, perforación, síndrome de Bernard-Horner, disfonía por irritación del nervio recurrente o fistulas traqueales.

Respecto al diagnóstico se prefiere la radio-

logía con bario a la endoscopia, por riesgo de perforación, que demuestra la presencia del divertículo que se desplaza hacia uno de los lados en el cuello, con más frecuencia, al izquierdo. Cuando el divertículo es grande puede observarse un nivel hidroaéreo en el cuello, o detectarse con un ultrasonido.

En caso de cursar de forma asintomática no requiere tratamiento.

La estrategia para el tratamiento de los divertículos faríngeos ha evolucionado en los últimos años, siendo el tratamiento de elección el quirúrgico. Se han propuesto 2 vías de acceso diferentes: la cirugía abierta (miotomía del cricofaríngeo y diverticulotomía o diverticulopexia) o la cirugía endoscópica transoral. Cuando el divertículo es menor de 2 cm suele ser suficiente con una miotomía. Las complicaciones más frecuentes asociadas con la cirugía del divertículo de Zenker son: mediastinitis, lesión de nervio recurrente con parálisis de cuerda vocal, fistula, estenosis esofágica y recurrencia o persistencia de la bolsa.

Recientemente se están aplicando nuevos tratamientos mínimamente invasivos con resultados excelentes que disminuyen de forma significativa la morbilidad.

Alergia en quirófano

Cristina Latre Saso. FEA Especialista en Anestesiología y Reanimación

Nekane Urrestarazu Esporrín. FEA Especialista en Anestesiología y Reanimación

Isabel Garrido Ramírez de Arellano. FEA Especialista en Medicina Intensiva

Jessica Valeria Hernández Pimenta. FEA Especialista en Ginecología y Obstetricia

Mónica Zamora Elson. FEA Especialista en Medicina Intensiva

Daniel Grados Saso. FEA Especialista en Cardiología. Hospital de Barbastro. Huesca

Las reacciones alérgicas aparecen cuando nuestro sistema inmunitario responde de forma exagerada a determinadas sustancias, fármacos o alimentos, que no provocarían esta respuesta en otros seres humanos. Son de diferente magnitud, pudiendo aparecer en formas leves, con afectación únicamente cutánea o llegar a ser muy severas, con compromiso respiratorio y vital grave. A este último tipo de respuesta, se le conoce como anafilaxia.

La anestesia representa una situación farmacológicamente única, durante la cual el paciente se encuentra expuesto a múltiples sustancias, que incluyen anestésicos, analgésicos, antibióticos, o productos sanguíneos. Esta particularidad hace que la aparición de reacciones alérgicas en el entorno perioperatorio sea más frecuente y más severa que en otras situaciones. Otras características del entorno son que el paciente, por encontrarse dormido, no puede identificar ni transmitir los síntomas que alertan del comienzo de la reacción, así como el hecho de que, durante la cirugía, el paciente está cubierto por sábanas estériles y no resulta tan evidente la aparición de erupciones en la piel.

Aún así, las reacciones alérgicas en el periodo perioperatorio son, en términos generales, poco frecuentes: los estudios epidemiológicos indican que la frecuencia de presentación de reacciones graves oscila entre 1 de cada 3.500 hasta 1 de cada 20.000 anestias generales

realizadas. Entre éstas, se cuentan también las que aparecen cuando el paciente ya ha salido de quirófano y se encuentra en la sala de reanimación, que llegan a contabilizar un 28% del total.

La prevalencia de reacciones adversas no es igual para todas las sustancias. Los relajantes musculares y el látex son los responsables del 80% de las anafilaxias. El porcentaje restante corresponde principalmente a antibióticos, anti-inflamatorios o anestésicos locales.

Aunque suponen una situación de gravedad, la vigilancia constante y el rápido reconocimiento y tratamiento de estas reacciones por parte del equipo sanitario han reducido drásticamente la mortalidad de estas complicaciones.

¿Es conveniente hacer pruebas con los anestésicos antes de una intervención?

Las pruebas con los anestésicos sólo deben hacerse en los pacientes que ya han tenido una reacción alérgica durante una anestesia anterior. También deberían someterse a un estudio alergológico previo aquellas personas que presentan historia compatible con alergia a látex, o cuyo historial de alergia a medicamentos no está suficientemente aclarado. Los estudios alergológicos prequirúrgicos no son necesarios en el resto de los pacientes, y las pruebas con anestésicos no son de ninguna utilidad para aquellos que nunca hayan tenido reacciones alérgicas durante una anestesia. En la consulta preoperatoria, su médico le interrogará sobre las alergias conocidas o sobre

las posibles reacciones adversas a fármacos que haya podido presentar en el pasado, incluidos los medicamentos de venta libre, los alimentos y diversos materiales.

¿Qué conducta deben seguir las personas que han presentado una reacción alérgica durante una anestesia general?

Estas personas deberían ser remitidas a un alergólogo para efectuar un estudio, de cara a intervenciones futuras. Es importante que antes de abandonar el centro en el que se ha presentado la reacción soliciten una documentación acreditativa de ésta. Para el alergólogo es de gran valor conocer datos sobre el curso clínico de la reacción y los fármacos recibidos, así como los resultados de los análisis de marcadores (triptasa) en caso de que se hubieran determinado.

El alergólogo realizará pruebas cutáneas y, en algunos casos, análisis de laboratorio, con objeto de identificar el fármaco que más probabilidades tenga de ser el responsable. No obstante, la identificación directa no siempre es posible, puesto que en determinados casos no es factible efectuar pruebas de exposición controlada. Esto hace que en muchas ocasiones el resultado sea aproximativo.

En cualquier caso, en futuras intervenciones quirúrgicas se evitará el uso de estos fármacos y sus familias, o se administrará tratamiento previo para minimizar la respuesta inmunitaria, de forma que el procedimiento resulte cada vez más seguro para el paciente.



Bioimpedancia una nueva herramienta para medir la sobrehidratación en los pacientes en hemodiálisis

Isabel Félez Justes, Paula Munguía Navarro e Inés Beired Val
FEA Nefrología. Hospital San Jorge. Huesca

Conforme avanza la Enfermedad Renal Crónica (ERC) los riñones van perdiendo de forma progresiva su funciones y entre éstas, la capacidad de eliminar agua por medio de la orina. Un porcentaje elevado de los pacientes que se encuentran en Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) mediante Hemodiálisis (HD) pierden de forma progresiva su diuresis residual y en algunos casos, llegan a perderla totalmente lo que es conocido como anuria.

Entre una sesión y otra de hemodiálisis el peso del paciente varía y esto es debido al acúmulo de líquido derivado de la disminución o falta de diuresis del enfermo renal. Estimar con exactitud el peso del paciente ha sido un reto al que se ha enfrentado el nefrólogo durante años. La presencia de edemas en las extremidades inferiores o en los párpados, cifras de Presión Arterial (PA) elevada de difícil control con tratamiento farmacológico o clínica de congestión cardio-pulmonar eran signos indirectos en los que nos apoyábamos los nefrólogos para ajustar el peso adecuado del paciente. Además, el edema se trata de un fenómeno relativamente tardío que puede no

detectarse hasta que el paciente presente una sobrehidratación en torno a 4-5 litros.

¿Qué es el peso seco?

El cálculo del peso seco constituye muchas veces un arte y está basado en un sistema intuitivo de ensayo-error, ya que para determinar el estado de hidratación de estos pacientes en diálisis se utilizan parámetros clínicos como: ganancia de peso interdialisis (entre una diálisis y otra), cifras de PA elevada o episodios de hipotensión durante la sesión de diálisis. El peso seco es el peso al finalizar la diálisis, cuando ya se ha extraído el exceso de líquido, y con el cual el paciente se siente bien. Por debajo de este peso puede aparecer hipotensión, mareo, calambres musculares y otros síntomas asociados a un peso inferior al de nuestro cuerpo. Por encima de este peso puede aparecer fatiga y edemas. La diferencia con el peso ideal es 0,5 o 1 kg superior al seco. Al comienzo hay que ir averiguando poco a poco cual es ese peso seco sobre la base de ensayo-error. Éste irá variando según nuestra tolerancia, la cantidad de orina que se expulsa, las variaciones de la grasa corporal e incluso pueden intervenir cambios estacionales. Todo el líquido que se ingiera en

el período interdialítico (entre una y otra sesión de diálisis), el TRS deberá eliminarlo para dejar el «peso seco», en un proceso llamado ultrafiltración.

Lo recomendable entre dos sesiones de hemodiálisis es no llevar más de dos kilos de peso, que podrán ser dos kilos y medio el fin de semana ya que son tres días sin dializar. Cuando se finaliza la sesión de diálisis se debe salir con el peso seco. La bioimpedancia es una herramienta que sin duda ha supuesto un gran avance para poder establecer el peso seco en los pacientes en TRS.

¿Qué es la bioimpedancia?

El análisis de la composición corporal mediante el método no invasivo de Bioimpedancia Antropométrica (BIA), fue introducido por Hoffer en 1969, y desde entonces la utilización de la BIA ha cobrado un enorme auge en diferentes campos. Diversos estudios han confirmado la bioimpedancia como una herramienta validada, rápida, segura y de fácil uso que permite el ajuste del peso seco de una manera fisiológica, lo que la convierte en una opción muy valiosa en el seguimiento de estado de hidratación en pacientes en diálisis a causa de la reproducibilidad del método.



Es un método rápido, seguro, no invasivo y que ocasiona poca o ninguna incomodidad al paciente.

El fundamento teórico del análisis de la (BIA), refiriéndonos especialmente a la modalidad monofrecuencia, que es la más utilizada, (la modalidad multifrecuencia es más precisa pero su utilización esta menos extendida) reside en las distintas resistencias de los tejidos corporales al paso de una corriente eléctrica, en función de la cantidad y distribución de agua y electrolitos en los distintos compartimentos corporales. Según el número de elementos en que se divide el peso total se han desarrollado ecuaciones que van desde el modelo más sencillo, bicompartimental que solo considera masa grasa y agua, hasta los más complejos que distinguen hasta 5 o seis compartimentos corporales; intracelular, plasmático, intersticial, del tejido conectivo denso y hueso y, por último las secreciones corporales gastrointestinales, líquido cefalorraquídeo, etc...

En términos generales, definimos bioimpedancia como la oposición de los tejidos corporales al paso de la corriente eléctrica alterna, la cual posee 2 componentes:

- Resistencia: oposición primaria al paso de

la corriente. Es el opuesto de conductancia.

- Reactancia : el opuesto de la capacitancia, que es la capacidad de un condensador de almacenar durante un periodo breve de tiempo una corriente eléctrica.

¿Cómo se aplica la bioimpedancia para ajustar el peso seco en los pacientes en hemodiálisis?

El sistema de bioimpedancia más común es el de cuerpo entero con cuatro electrodos: dos colocados en la extremidad inferior (dorso del pie y tobillo) y los otros dos en la extremidad superior (dorso de mano y muñeca). Entre los electrodos distales circula la corriente alterna, de intensidad muy baja (decenas o centenas de microamperios), realizándose la lectura del voltaje entre los electrodos proximales. La bioimpedancia debe considerarse una herramienta útil en la valoración del estado de hidratación del paciente en hemodiálisis; su realización periódica (por ejemplo mensual o trimestral, o más frecuente si el paciente está inestable o precisa ajuste de peso) puede ayudarnos a determinar si estamos cerca o no del peso seco del paciente. También nos puede ayudar a detectar a aquellos pacientes que aun estando normo o hipotensos, están

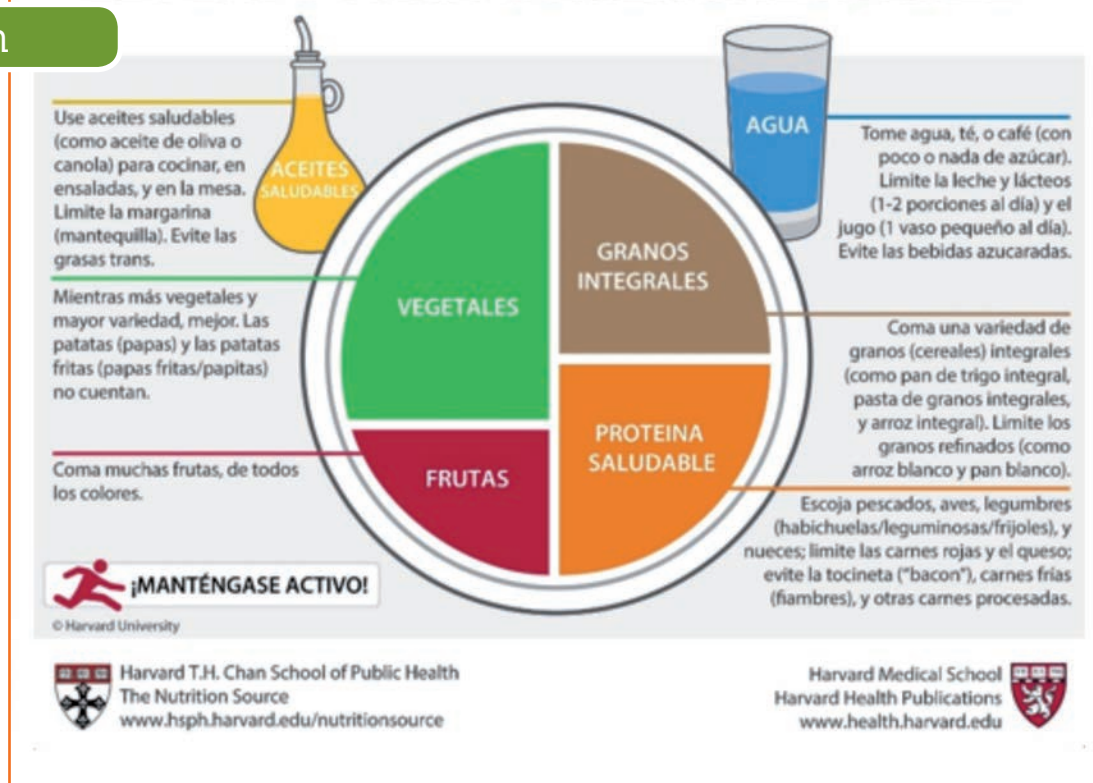
hiperhidratados. La bioimpedancia se realiza antes de que el paciente comience la sesión de hemodiálisis y el resultado establece el peso seco con un margen de error de ± 1 kg. Se deben introducir datos como edad, sexo, talla y cifras de PA y desconectar cualquier tipo de perfusión venosa para evitar que parte de la corriente de voltaje fugue por el fluido. En la pantalla del aparato, realizada la prueba, aparecerá el resultado de la medida con el signo $+$ ó $-$ en función del "peso ideal del paciente" al cual deberemos ajustar al alza o a la baja. Establecido el peso seco se ajustará de forma progresiva durante las sucesivas sesiones de terapia renal.

Conclusiones

Establecer la realización de bioimpedancia periódicas en las unidades de TRS ha supuesto un gran avance para poder ajustar el peso seco a los pacientes y evitar complicaciones derivadas de la sobrehidratación a corto y medio plazo.

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE

nutrición



Nuevos retos en la alimentación saludable

Dra. Olga Marín Casajús. Especialista en Medicina Interna y Medicina Intensiva. Hospital San Jorge de Huesca.

Uno de los problemas más serios a los que nos enfrentamos en este siglo es el del sobrepeso-obesidad que a nivel mundial afecta a millones de personas con un importante impacto en la mortalidad y morbilidad. En España, a pesar de disponer de una de las dietas más saludables, como es la dieta mediterránea, el porcentaje de personas con obesidad y sobrepeso no para de aumentar.

En 2030, según la Sociedad Española de Cardiología y el Instituto del Hospital del Mar en investigaciones médicas (IMIM) el 80% de los hombres y el 55% de las mujeres podrían padecer sobrepeso.

La obesidad se relaciona con el desarrollo de numerosas enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, la dislipemia, la hipertensión arterial, enfermedades cardiológicas como el infarto de miocardio o diferentes tipos de cáncer como el de colon y recto, el renal o el de páncreas, encontrando una asociación entre el cáncer y la obesidad en el 40% de los pacientes en algunos estudios realizados en EEUU en 2014.

Este problema ha llevado a que en los últimos años distintas asociaciones de nutricionistas revisen el modelo recomendado hasta ahora, la "pirámide nutricional". En ella se recomienda un importante consumo de hidratos de carbono, estando en la base de la pirámide,

con un alto contenido en calorías y azúcares, en el segundo escalón se encuentran las frutas y verduras, en tercer escalón sitúa los lácteos, carnes y pescados y con un consumo ocasional, mantequillas y aceites, representado en numerosas ocasiones con dibujos de patatas fritas y bollería industrial.

"El plato de Harvard"

Con estudios nutricionales disponibles podemos reconocer la mala calidad de la alimentación en el caso de seguir este modelo, con un exceso calórico importante a base de azúcares y grasas saturadas y la necesidad de sustituirlo por otros más saludables, siendo el "plato de Harvard" el más reconocido.

El "plato de Harvard" es un modelo de dieta creada por expertos en nutrición de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, es un pictograma de un plato dividido en 4 apartados que representa el porcentaje de los diferentes alimentos que debemos tomar a lo largo de un día, se representa en forma de plato para que sea más fácil de extrapolar a nuestra forma de comer habitual. Los apartados son los siguientes:

◆Vegetales, frutas y frutos secos: 50% del total. Con este importante consumo se pretende que la mitad de la alimentación que ingerimos en un día sea a base de fruta y verdura aportan con pocas calorías altos niveles de vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes. Se recomienda que sea lo más variado posible des-

tacando el importante papel de los frutos secos con proteínas vegetales y aceites insaturados.

◆Cereales integrales: 25%. Recomienda obtener hidratos de carbono desde cereales con granos integrales (arroz integral, pasta integral, avena, quinoa...). Estos cereales retrasan la absorción de azúcares e hidratos de carbono en la vía digestiva lo que ayuda a regular la producción de insulina, además aportan una alta cantidad de fibra al comer el grano entero. Hay que remarcar que además de la cantidad de hidratos de carbono que comemos también es importante la calidad ya que algunos son más saludables que otros.

◆Proteínas: 25%. Intentar obtener proteínas de origen saludable, de pescado, carnes blancas, legumbres...dejando la carne roja para un consumo más ocasional e intentando evitar carnes procesadas como los embutidos.

En este modelo de dieta también se apuesta por el consumo de grasas insaturadas/monoinsaturadas como el aceite de oliva, intentando evitar casi por completo las saturadas que se encuentran entre otros alimentos en la bollería industrial.

El consumo de agua es fundamental, evitando bebidas azucaradas y 1-2 porciones de lácteos al día.

Finalmente deberíamos asociar a esta dieta saludable y equilibrada ejercicio físico diario en la medida de lo posible.



Epilepsia y estatus epiléptico

Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Carmen Jimeno Griñó. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca

Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca

Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca

María Marín Ibañez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Mariela Olivari Montoya. Enfermera especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

María José Anoro Casbas. Supervisora enfermería especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

Antonio García Domínguez. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

Alejandra Utrilla Fornals. Médico Interno Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge. Huesca

Francisco Javier García Alarcón. Médico de Servicio de Urología. Hospital San Jorge. Huesca

Manuel Omedas Bonafonte. Técnico Especialista en Radiodiagnóstico. Centro de diagnóstico por imagen "Dr. Gómez Pereda". Zaragoza

La epilepsia es una enfermedad caracterizada por crisis epilépticas recurrentes debido a un proceso subyacente crónico. El estatus epiléptico constituye una situación de emergencia médica y neurológica que requiere un reconocimiento precoz para la realización de un abordaje terapéutico inmediato. Se define como una actividad epiléptica que dura más de 5 minutos, o dos o más crisis sin recuperación completa de la conciencia y superior a 30 minutos.

Causas más frecuentes

Aproximadamente el 50% de los Estatus Epilépticos acontecen en pacientes ya epilépticos, y en el 10-30% de los casos no se encuentra una causa precipitante.

En adultos epilépticos, lo más frecuente es la infradosificación o modificación del tratamiento. En adultos no epilépticos, lo son las lesiones neurológicas agudas o residuales (vasculares, traumáticas, tóxicas y metabólicas). En los niños, más del 50% son secundarios a infecciones.

Fases del Estatus Epiléptico

Distinguimos 4 fases dentro del Estatus Epiléptico:

- **La Fase I** es llamada "Fase Precoz o Inicial" e incluye los primeros 30 minutos desde el establecimiento del Estatus. Si no se controlan las convulsiones durante esta fase existe riesgo de crisis prolongadas y daño cerebral.
- **La Fase II** o "Estatus Epiléptico establecido", desde los 30 a los 60 minutos, comprende crisis

prolongadas y daño cerebral. Es una fase de difícil tratamiento y potencial emergencia médica.

- **La Fase III** o "Estatus Epiléptico refractario" es aquella en la que a pesar del tratamiento en dosis adecuadas, persisten crisis más allá de los 60 minutos. Se trata de una emergencia médica y tiene una mortalidad del 30 al 50% a los 30 días.

- **La Fase IV** o "Estatus Epiléptico superrefractario" es aquella en la que se mantiene el Estatus a pesar de haber inducido coma farmacológico. Tiene una mortalidad igual al Estatus Epiléptico refractario.

Diagnóstico del Estatus Epiléptico

El diagnóstico del Estatus Epiléptico es fundamentalmente clínico mediante una rápida historia y exploración en busca de factores predisponentes (medicación, privación alcohólica o retirada de sedación), metabopatía, lesión estructural cerebral, hipertensión intracraneal, enfermedad cardiovascular como fuente embolígena o sepsis.

A nivel analítico, además del análisis bioquímico (calcio, sodio, fósforo, magnesio), se realizará detección de drogas (cocaína), hemograma y niveles de fármacos antiepilépticos. El electroencefalograma es de elección y permite la monitorización continua durante largos periodos. Un 10% de pacientes críticos con nivel de conciencia disminuido pueden tener estatus eléctrico, aunque no hayan tenido crisis previas.

Como pruebas de imagen, la tomografía computarizada (TC) craneal o la resonancia magnética (RM) ayudarán a localizar lesiones cerebrales.

La RM en fase aguda es útil para la localización de la zona epileptógena. No es de primera elección, excepto para valorar lesiones estructurales causantes de EE.

Tratamiento del Estatus Epiléptico

Se debe tratar la causa precipitante para prevenir posible daño neurológico o recurrencia de las crisis. El tratamiento inicial (medidas de soporte vital y administración de Tiamina en alcoholismo sospechado y Glucosa si se sospecha hipoglucemia) debe estar estandarizado para continuar con un manejo individualizado. Un retraso mayor a 30 minutos puede favorecer un daño neurológico permanente manifestado principalmente a través de déficits amnésicos.

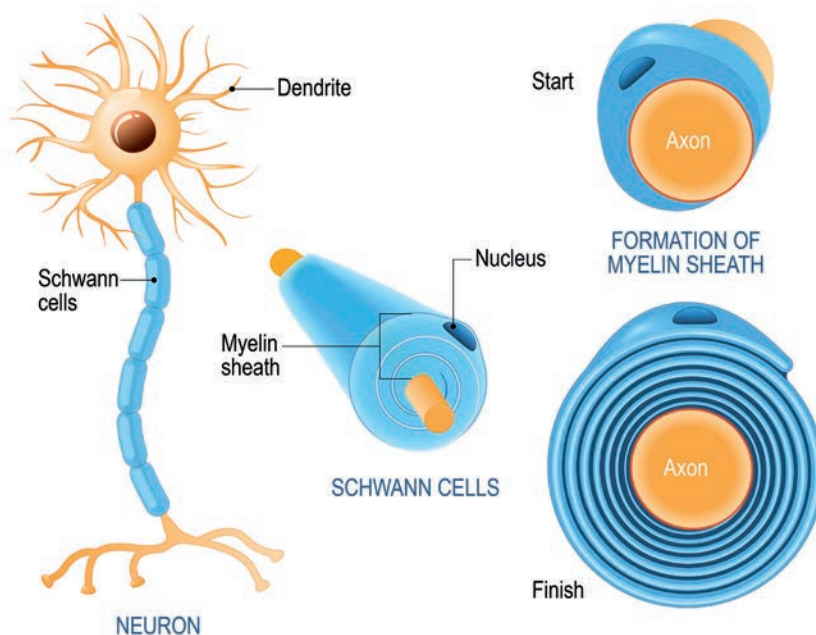
Las Benzodiacepinas (Diazepam, Clonazepam) se consideran fármacos de primer nivel en el tratamiento del Estatus Epiléptico, para su administración en los primeros 5 minutos.

Los fármacos de Segundo nivel a valorar para su administración en los 5-20 minutos siguientes, son Fenitoína, Valproato sódico, Fenobarbital y Levetiracetam.

En el tercer nivel, para Estatus con una duración de más de 30 minutos sin pérdida de conciencia, se evaluará la combinación de dos o tres fármacos antiepilépticos y/o la adición de otros (lacosamida, topiramato, pregabalina).

En caso de Estatus generalizado o focal con pérdida de conciencia, será necesaria la inducción de coma farmacológico con intubación, ventilación mecánica y monitorización hemodinámica.

SCHWANN CELL



Schwannoma renal

Epidemiología, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento

Paula Gayarre Abril, Daniel Hijazo Gascón, Agustín Asensio Matos, Laura Muñiz Suárez y Aida Montero Martorán. Residentes.

Ignacio Hijazo Conejos, Jesús García-Magariño Alonso, Jorge Subirá Ríos y Manuel Ramírez Fabián. Facultativos Especialista Area. Benjamín Blasco Beltrán. Jefe de Servicio. Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Los schwannomas, también conocidos como neurinomas, gliomas periféricos o neurilemomas benignos, son tumores poco frecuentes originados en las células de Schwann que se encuentran en las vainas de los nervios. Tienen una mayor incidencia en edades comprendidas entre 20-50 años, siendo más incidentes en varones.

Afectan fundamentalmente a nervios periféricos y pares craneales, siendo su localización más habitual a nivel cráneo-facial (40-50%) y extremidades (30-35%). Tan solo un 3% son retroperitoneales y entre un 5-8% pueden asociar enfermedad de Von Recklinghausen concomitante, presentando, en estos casos, localizaciones atípicas y naturalezas malignas. Dentro de la localización retroperitoneal, el schwannoma puede tener un origen pararenal, siendo frecuente encontrarlos a nivel de las glándulas suprarrenales, o tener un origen renal, siendo la aparición de estos últimos extremadamente inusual.

Los schwannomas renales se localizan habitualmente en hilio o pelvis renal, estando íntimamente en contacto con los vasos del pedículo. Los nervios renales compuestos por

fibras simpáticas y parasimpáticas, acompañan a la arteria renal entrando conjuntamente en el hilio, lo que podría explicar la localización más frecuente de schwannomas en el hilio.

Los schwannomas retroperitoneales en general, se caracterizan por ser tumores solitarios, bien circunscritos, encapsulados y sólidos que surgen de la región paravertebral. Habitualmente se trata de tumores asintomáticos con crecimientos lentos que pueden alcanzar grandes tamaños dada la flexibilidad y la falta de restricción que ofrece el retroperitoneo.

El tamaño del tumor no se asocia con el grado de agresividad o riesgo potencial de malignidad necesariamente, tratándose de tumores benignos con un riesgo de degenerar extremadamente bajo, pero que en caso de hacerlo actúan como sarcomas de alto grado con alta incidencia de recidiva local o metástasis a distancia.

Signos y síntomas

Los signos y síntomas asociados a este tipo de tumores son muy inespecíficos, pudiendo ir desde un paciente asintomático, una hematuria monosintomática, sensación de masa en

flanco y molestias abdominales, hasta fiebre, malestar general y pérdida de peso en caso de schwannomas de carácter maligno.

Diagnóstico y pruebas complementarias

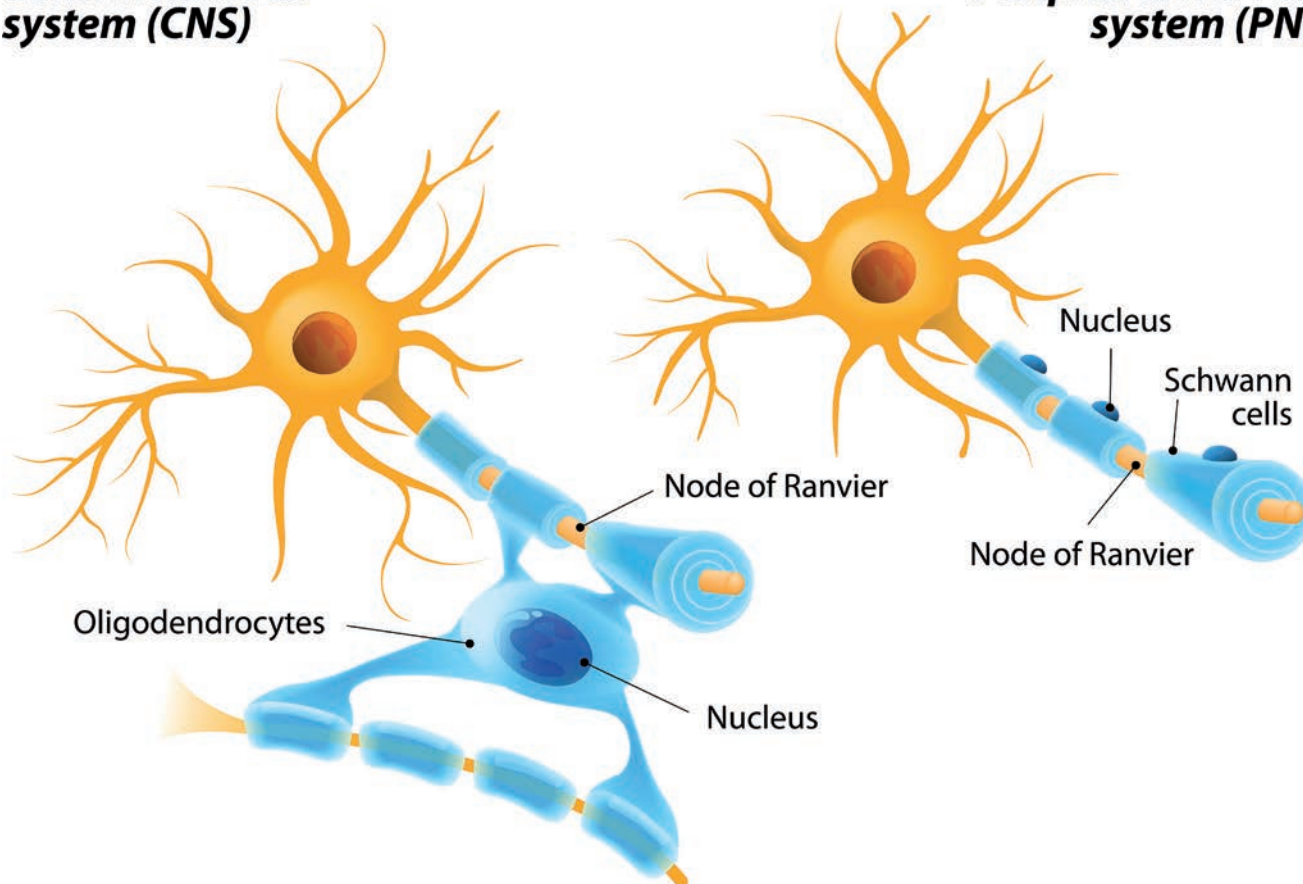
En el correcto diagnóstico inicial de este tipo de tumores, como en cualquier otro proceso, es imprescindible una historia clínica detallada donde queden reflejados signos y síntomas de inicio, tiempo de evolución, así como clínica acompañante. A continuación, la exploración física con palpación abdominal en un intento de descartar masas.

Las pruebas de laboratorio suelen ser compatibles con la normalidad, y las pruebas de imagen no revelan imágenes específicas. Urografía intravenosa (UIV) para estudiar la función renal, ecografía y la tomografía axial computerizada (TAC) son de gran utilidad al proporcionar información sobre la localización y extensión de la masa, siendo la resonancia magnética (RM) la herramienta de elección, con lesiones isointensas en imágenes ponderadas en T1 e hiperintensas en T2.

Pese a toda prueba de imagen, el diagnóstico preoperatorio de este tipo de tumores es difícil, sus hallazgos en TAC y RM son muy simila-

Central nervous system (CNS)

Peripheral nervous system (PNS)



res a los de un carcinoma de células renales en localización y comportamiento lo que genera con frecuencia interpretaciones erróneas de la pruebas y diagnósticos fallidos y esto nos lleva en la mayoría de los casos al diagnóstico microscópico por parte del patólogo una vez extirpada la lesión tras la cirugía.

La mayoría de los autores desaconsejan las biopsias por punción y aspiración guiadas por ecografías o TAC por el pleomorfismo celular, las áreas de hemorragias y la celularidad inflamatoria tan característica de estas lesiones, ya que, dependiendo del sitio de la punción, pueden orientarnos a un diagnóstico equivocado.

Diagnóstico histológico

En la mayoría de los casos el diagnóstico anatomopatológico e inmunohistoquímico es la única manera que tenemos de dar con el diagnóstico correcto de este tipo de tumores.

Bajo microscopía de luz, el patrón tumoral típico de un schwannoma benigno se compone de células agrupadas en áreas con dos características principales; por un lado, áreas tipo "A" o de Antoni con células fusiformes que tienden a agruparse en fascículos formando los cuerpos de Verocay. Por otro lado,

áreas tipo "B", zonas laxas de características mixoides, edematosa en las que existe poca o nula celularidad, formando en ocasiones áreas quísticas.

Complementando al anterior, se encuentra el estudio histológico con pruebas inmunohistoquímicas, crucial para confirmar el diagnóstico definitivo. Siendo la positividad inmunohistoquímica a la proteína S-100 fundamentalmente, y la vimentina en menor medida, diagnósticas de Schwannoma benigno. En los schwannomas de estirpe maligna, el estudio anatomopatológico muestra células fusiformes de borde impreciso dispuestas en fascículos y con cierto pleomorfismo nuclear, y el estudio inmunohistoquímico es positivo a S-100 y vimentina, siendo característica la positividad a enolasa neuroespecífica.

Tratamiento y seguimiento

La dificultad en el diagnóstico de estas lesiones y la falta de imágenes patognomónicas de schwannoma, nos lleva a la extirpación quirúrgica completa de la masa como único tratamiento definitivo.

Dependiendo de la localización del tumor, la resección renal parcial podría ser una opción teórica, como es el caso de nuestro paciente,

no obstante, el gran tamaño de este tipo de tumor, y el hecho de que la mayoría asienten en hilio renal, hace que la cirugía de preservación del riñón no suele ser viable.

Hasta el momento no se han reportado casos descritos en la literatura de metástasis a distancia ni de degeneración, por lo que no existe un beneficio claro en el empleo de quimioterapia y radioterapia adyuvante ante schwannomas de naturaleza benigna. Sí se describen pacientes con recidiva local después de la resección, que se explica por resecciones previas incompletas.

Los schwannomas de carácter maligno, además de la extirpación completa de la lesión, suelen requerir la extirpación de órganos vecinos con frecuencia. En estos casos, han sido probados diferentes esquemas quimioterápicos sin conseguir mejoría alguna de la supervivencia.

De cara al seguimiento en estos pacientes, aunque generalmente, el pronóstico es muy bueno en los casos benignos, es importante una vigilancia estrecha en casos de schwannomas de estirpe maligna, y en particular, en aquellos donde existe asociación con la enfermedad de Von Recklinghausen, dada su tendencia a la malignización.

¿Qué son y para qué sirven los cuidados paliativos?

***María José Anoro Casbas.** Supervisora enfermería especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca*
***Paula Omedas Bonafonte.** Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca*
***Melody García Domínguez.** Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca*
***Lara Aparicio Juez.** Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca*
***María Marín Ibañez.** Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca*
***Mariela Olivari Montoya.** Enfermera especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca*
***Antonio García Domínguez.** Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid*
***Alejandra Utrilla Fornals.** Médico Interno Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge (Huesca)*
***Francisco Javier García Alarcón.** Médico de Servicio de Urología. Hospital San Jorge de Huesca*
***Carmen Jimeno Griñó.** Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca*

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como aquel «enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y del alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación cuidadosa y el tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales».

Los principios sobre los cuidados paliativos son:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas e integran los aspectos psicológicos y espirituales de los pacientes.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, dentro de aquella, los cuidados paliativos ni adelantan ni posponen la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad paciente y en el duelo.

- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Equipo multidisciplinar bien coordinado

Hasta hace pocos años, los cuidados paliativos se prestaban a pacientes oncológicos terminales, pero actualmente hay acuerdo unánime de la comunidad científica sobre la extensión a enfermedades crónicas avanzadas y progresivas con un pronóstico de vida limitado incluyendo la edad pediátrica y la adolescencia. Los cuidados paliativos pediátricos y adolescentes son de gran complejidad y deben tratarlos profesionales con una for-

mación específica que realicen una atención adaptada en cada momento a la situación, en cualquier nivel asistencial y a lo largo de todo el proceso evolutivo.

Para prestar cuidados paliativos de calidad es preciso un equipo multidisciplinar bien coordinado, con intervenciones flexibles y actitudes proactivas y preventivas.

Todas las decisiones deben realizarse con la participación activa de la unidad paciente / familia-cuidador y respetando sus preferencias. Cuidar de pacientes que están al final de la vida supone una carga tanto física como emocional con consecuencias negativas para la salud del cuidador o cuidadores, por lo que es necesario prevenir, detectar y tratar de manera precoz los problemas de sobrecarga y contribuir al reparto equitativo de los cuidados. Se estima que, aproximadamente, 40 millones de personas en todo el mundo precisan cada año cuidados paliativos debido a enfermedades oncológicas y no oncológicas. Sin embargo, a nivel mundial, solo el 14% de las personas que los necesitan reciben estos cuidados.

Virus del papiloma humano (VPH)

Infección de transmisión sexual: implicaciones en el varón

Santiago Ezquerro Sáenz, Clara Garéta Alquézar y Eva Mallén Mateo. Servicio Urología. Hospital Universitario Miguel Servet

Maria Fuster Cabré. Servicio Medicina Intensiva. Hospital Universitario Miguel Servet

María Jesús Gil Sanz. Jefe del Servicio Urología. Hospital Universitario Miguel Servet

Casi todas las personas sexualmente activas contraerán el virus del papiloma humano (VPH) en algún momento de su vida. Pese a que la mayoría de las infecciones desaparecen por sí solas sin causar problemas, este virus puede causar en los hombres verrugas genitales o algunos tipos de cáncer.

¿Qué es el virus del papiloma humano (VPH)?

El VPH es la infección de transmisión sexual más común. El VPH es una infección viral que se transmite mediante las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales), o mediante otro tipo de contacto cercano con la piel durante actividades sexuales. La mayoría de las personas sexualmente activas se infectan por este virus en su vida.

¿Cómo contraen los hombres el VPH?

El VPH se puede contraer al tener relaciones sexuales con una persona infectada con ese virus. Este tipo de infección puede transmitirse incluso cuando la persona infectada no presenta signos ni síntomas.

¿Cuáles son los síntomas del VPH?

La mayoría de los hombres que contraen el VPH nunca presenta síntomas y la infección por lo general desaparece por sí sola. Cerca del 90% de las infecciones por VPH son transitorias y se resuelven en el transcurso de los dos años posteriores a la infección, gracias a una respuesta del sistema inmuni-

tario que elimina el virus espontáneamente. Sin embargo, si el VPH no desaparece, puede causar verrugas genitales u otras patologías como cáncer. Las verrugas genitales aparecen como pequeños bultos, a menudo agrupados, en la zona genital alrededor del pene o del ano. Estas verrugas pueden ser pequeñas o grandes, con forma de coliflor y pueden ser abultadas o planas. Pueden desaparecer o aumentar en tamaño o cantidad, y estas verrugas pueden volver a aparecer, incluso después del tratamiento. Los tipos del VPH que causan las verrugas son diferentes a las responsables de los causantes del cáncer (VPH genotipos 16 y 18).

¿Existe la vacuna para el VPH?

Sí. En España se recomienda esta vacunación en todas las chicas y chicos adolescentes, preferentemente a los 12 años, para conseguir la protección frente a este virus relacionado con diversos cánceres.

Cáncer relacionado con el VPH en hombres

Los cánceres relacionados con el VPH no son tan frecuentes en los hombres como en las mujeres. Los hombres con sistemas inmunitarios debilitados, como pacientes con infección concomitante por VIH, que se infectan con el VPH tienen más probabilidades de presentar problemas de salud relacionados con este virus.

En hombres, la infección crónica por VPH, en raras ocasiones puede producir cáncer de pene o cáncer de ano. No obstante, entre los cánceres relacionados con el VPH en varones,

conocidos como tipos VPH de alto riesgo, encontramos: el cáncer de pene (el más frecuentemente relacionado), cáncer de ano, parte posterior de la boca y la parte superior de la garganta (orofaringe).

¿Puedo hacerme la prueba del VPH?

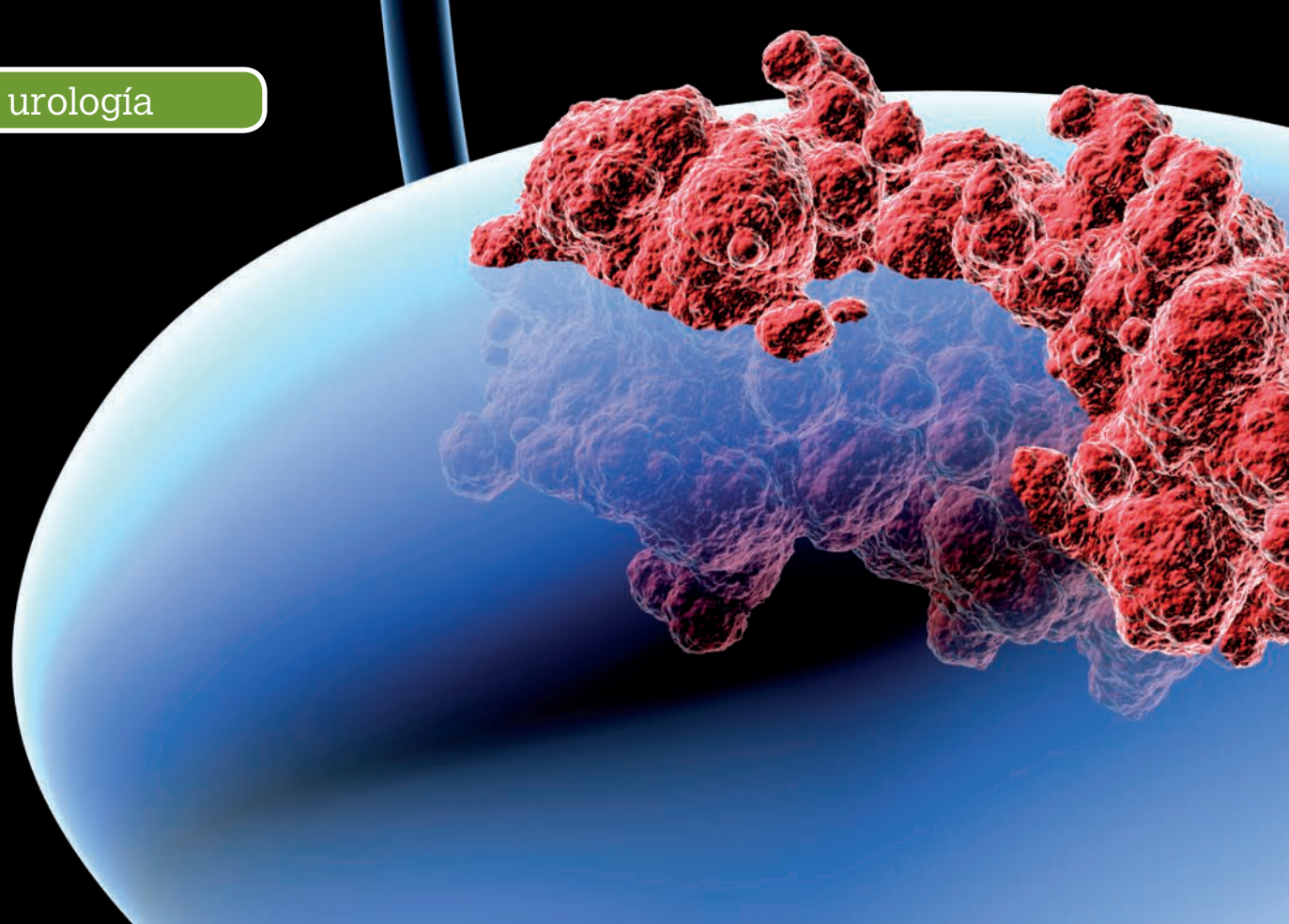
No, no hay en la actualidad una prueba para detectar el VPH en los hombres que esté aprobada. Los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) no recomiendan que las pruebas de rutina (también llamadas 'de detección') para detectar el VPH o enfermedades relacionadas con este virus antes de que haya signos o síntomas, se realicen en hombres.

¿Cómo puedo reducir la posibilidad de infectarme por VPH?

Disponemos de 2 medidas para disminuir el riesgo de contagio:

- **Preservativos o condones** (si se utilizan siempre que se tienen relaciones sexuales, desde el comienzo hasta el final) reducen mucho la probabilidad de contraer o transmitir el VPH. Pero el VPH puede infectar las zonas de la piel que no cubre el preservativo. No obstante, ejercen un papel preventivo muy importante.

- **Vacunas.** La vacuna para el VPH es eficaz y segura. Puede proteger a hombres y a mujeres cuando se administra a las edades recomendadas. Es mucho más eficaz cuando se vacuna antes del inicio de las relaciones sexuales ya que la vacuna protege contra nuevas infecciones por VPH pero no cura las infecciones previas a la vacunación.



Me han diagnosticado un tumor vesical infiltrante, ¿qué es eso y qué opciones tengo?

*Mónica Sanz del Pozo, Elena Sánchez Izquierdo y María Soto Palacín. Médicos Internos Residentes
Ingrid Guiote Partido. Médico Adjunto y M.ª Jesús Gil Sanz. Jefa de Servicio
Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet*

¿Cómo sé que puedo tener un tumor de vejiga? La presentación más frecuente del tumor vesical es la existencia de sangrado en la orina (hematuria) sin otros síntomas acompañantes (ni dolor, ni fiebre...) que aparece y desaparece. Por lo que en caso de tener un primer episodio de hematuria debería consultar al médico.

Hay veces que después de las pruebas realizadas, que se pedirán de forma progresiva según lo considere el médico: análisis de orina, ecografía, cistoscopia (esto es, mirar la vejiga por dentro con un aparato parecido a una sonda urinaria, con una cámara en la punta), TAC o escáner... no se llega a encontrar ninguna causa, otras veces puede ser por infección, sangrado de la próstata, etc. Pero en algunos casos puede ser por tumor vesical.

¿Qué tipos de tumores vesicales hay?

La mayoría de las veces (aproximadamente un 70%) el tumor vesical será superficial o no musculo-invasivo (lo que comúnmente se conoce como "verrugas"). Su tratamiento será relativamente sencillo realizando RTU (Resección transuretral, lo que quiere decir introduciendo un aparato por la uretra, sin necesidad de realizar incisiones en la piel o cirugía abierta, y limpiar ese tumor desde dentro de la vejiga).

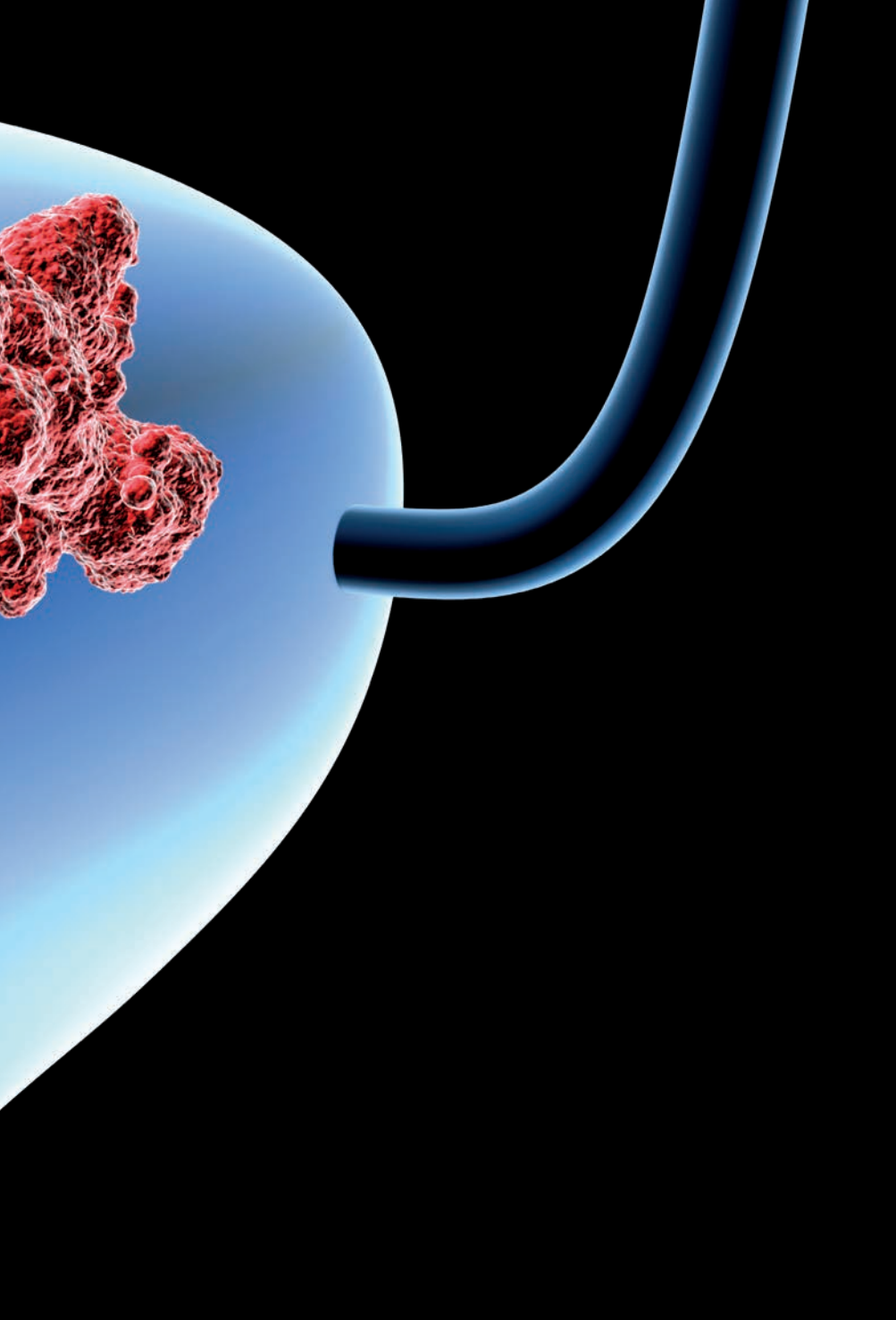
El escenario cambia cuando encontramos un tumor vesical infiltrante, que es aquel que llega a las capas más profundas de la vejiga.

En primer lugar, el urólogo realizará un escáner o TAC de cuerpo entero para valorar si el tumor se ha extendido a otros órganos. Según esto, la situación del paciente antes del diagnóstico, las características y extensión del tumor, etc. existen varias posibilidades de tratamiento.

¿Qué opciones de tratamiento existen ante un tumor vesical infiltrante?

Si el tumor sigue sólo en la vejiga, lo más habitual es realizar una operación llamada cistectomía radical. Es el único tratamiento con el que podemos llegar a curar por completo la enfermedad. En esta cirugía se quita la vejiga del paciente, si es hombre también la próstata y las vesículas seminales, y si es mujer el útero y los ovarios. En algunos casos es necesario quitar también la uretra. Además, se extirpan los ganglios linfáticos de alrededor.

Se trata de una operación considerablemente agresiva, por lo que sólo se puede realizar en pacientes con una buena situación previa. Otras opciones que valorará el urólogo pueden ser hacer una RTU, quimioterapia o radioterapia, o combinaciones de ellas.



Después de una cistectomía, ¿a dónde va la orina?

La orina que se produce en los riñones es transportada por los uréteres hasta la vejiga. Al quitar la vejiga, hay que unir los uréteres a algún lugar para que la orina llegue al exterior. Las posibilidades más frecuentes que existen son:

- **Ureterostomía cutánea:** consiste en llevar los uréteres a la piel (bien cada uno por su lado o ambos unidos con una única salida al exterior). Para evitar que la unión con la piel se estreche con el tiempo, es necesario llevar un catéter que se cambiará cada 5-6 meses en un quirófano sin necesidad de ingreso; el roce del catéter puede hacer que haya cierto sangrado en la orina. La orina sale directamente a una bolsa colectora que se pega a la piel mediante un disco. Se suele reservar para pacientes con muchas enfermedades

previas, o que han recibido radioterapia en alguna zona del abdomen o la pelvis.

- **Uretero-ileostomía cutánea (Bricker):** los uréteres se unen a un segmento de intestino, y ese segmento de intestino se une a la piel (formando lo que llamamos "pezón"), para que la orina salga a una bolsa colectora. A diferencia de la forma anterior, como los uréteres no salen directamente a piel, el riesgo de que las suturas se estrechen (estenosis) es menor, por lo que no se dejan catéteres permanentes (aunque sí son necesarios durante las semanas siguientes a la cirugía, luego se retiran en la consulta).

- **Neovejiga ortotópica:** realizaremos un reservorio que funciona como una vejiga "neovejiga" con un segmento de intestino y uniremos la uretra a ese reservorio, con lo que conseguimos que la orina salga al exterior por su sitio natural. Las heces siguen por su lugar habitual.

Las dos últimas cirugías entrañan más riesgos porque trabajamos con intestino y es relativamente frecuente que en el postoperatorio este se paralice debido a la manipulación (ileo), las suturas del intestino y de la neovejiga deben cicatrizar bien para que no se produzcan fugas, etc. Otra de las complicaciones más frecuentes del posoperatorio es que se produzca infección de la herida, lo que se suele resolver con antibiótico y curas frecuentes.

¿Qué cuidados he de tener si me han hecho un Bricker o unas ureterostomías?

El disco que une la bolsa a la piel se deberá cambiar cada 72 horas aproximadamente; es necesario recortar una parte de la pegatina para pasar por ahí los catéteres o el pezón del Bricker, es importante que esa abertura sea lo más pequeña posible para que la orina no entre en contacto directamente con la piel y evitar irritaciones. La bolsa se cambia diariamente.

Aunque es llamativo, es completamente normal que la orina que sale del Bricker esté mezclada con moco, porque el intestino sigue realizando su función inicial.

¿Qué cuidados he de tener si me han hecho una neovejiga?

Los primeros días tras el alta al salir del hospital, es frecuente que dejemos puesta una sonda vesical para ayudar a cicatrizar a la neovejiga, se mantendrá aproximadamente 1 mes desde la fecha de la cirugía.

- Hay que cuidar la higiene de esa sonda como si fuese una parte más del cuerpo, lavándola con agua y jabón en la ducha diaria.
- Es muy frecuente que, además de la orina, veamos que por esa sonda sale moco, esto es así porque la vejiga nueva está realizada con un segmento de intestino y la función original del intestino es fabricar ese moco. Recomendamos que el propio paciente o alguno de sus cuidadores realice un pequeño lavado de la sonda con una jeringa y suero una vez al día, para evitar que se tape.

Una vez que hemos quitado la sonda, hay que tener en cuenta que la neovejiga no está acostumbrada a funcionar como vejiga, no va a existir la sensación de ganas de orinar como tal, sino que se sentirá algo parecido a un peso en la zona baja del abdomen. Por ello importante, sobre todo al principio, programar las micciones cada aproximadamente 2 horas, sentándose en la taza del wáter y apretando en la parte baja del abdomen para ayudar a la neovejiga a vaciar por completo, evitando así que se dilate progresivamente. También hay que levantarse para orinar una vez a mitad de noche, incluso poniendo el despertador. Es habitual que se produzcan escapes de orina (incontinencia) una vez quitada la sonda, en algunos casos puede mejorar realizando rehabilitación del suelo pélvico.

Prevención de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes

Papel de Enfermería

Irene Fernández Badía y Eva María Pelet Lafita. Enfermeras del Centro de Salud Fuentes Norte de Zaragoza

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son enfermedades infectocontagiosas producidas por microorganismos patógenos que se transmiten usualmente a través del sexo vaginal, anal u oral.

Además del contacto sexual, podemos destacar otros modos de transmisión como: el uso compartido de jeringuillas, a través de la sangre o por transmisión vertical a través del canal del parto.

La incidencia de las ETS en el momento actual está aumentando de forma permanente y de manera exponencial, considerando además la aparición de nuevas modalidades de presentación clínica de algunas enfermedades clásicas. Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS).

Son diversos los factores que se asocian a las prácticas sexuales de riesgo, entre los que se encuentran: la falta de competencias para el ejercicio responsable, el inicio temprano de la actividad sexual, la baja percepción de riesgo, el número de parejas sexuales y el abuso de alcohol, entre otros.

La población juvenil de edades comprendidas entre los 16 y los 20 años representa, a nivel mundial, el segundo grupo de población con más Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Esta situación constituye en la actualidad un problema de salud pública tanto por el número de infectados como por las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que generan estas infecciones.

Durante la adolescencia, debido a la autonomía de este grupo etario unido a la incertidumbre y las ganas de experimentar, las ETS se hacen más visibles. Por este motivo, es más frecuente que los jóvenes lleven a cabo conductas incorrectas y, en ocasiones, peligrosas. La información que el adolescente maneja sobre sexualidad es determinante para superar o no muchos obstáculos cotidianos. Cuando el conocimiento es escaso o casi nulo, como frecuentemente se evidencia, existen grandes dificultades para resolver problemas; principalmente, los relacionados con las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Partiendo de que la adolescencia es un período clave por los cambios evolutivos que se producen y la influencia en la persona adulta, el hecho de que las experiencias en esta época sean positivas marcará que las conductas sean más saludables en un futuro.

La educación sexual debe ser iniciada antes de que los jóvenes lleven a cabo su primera relación sexual y se les debe aportar información de calidad basada en evidencia científica libre de prejuicios.

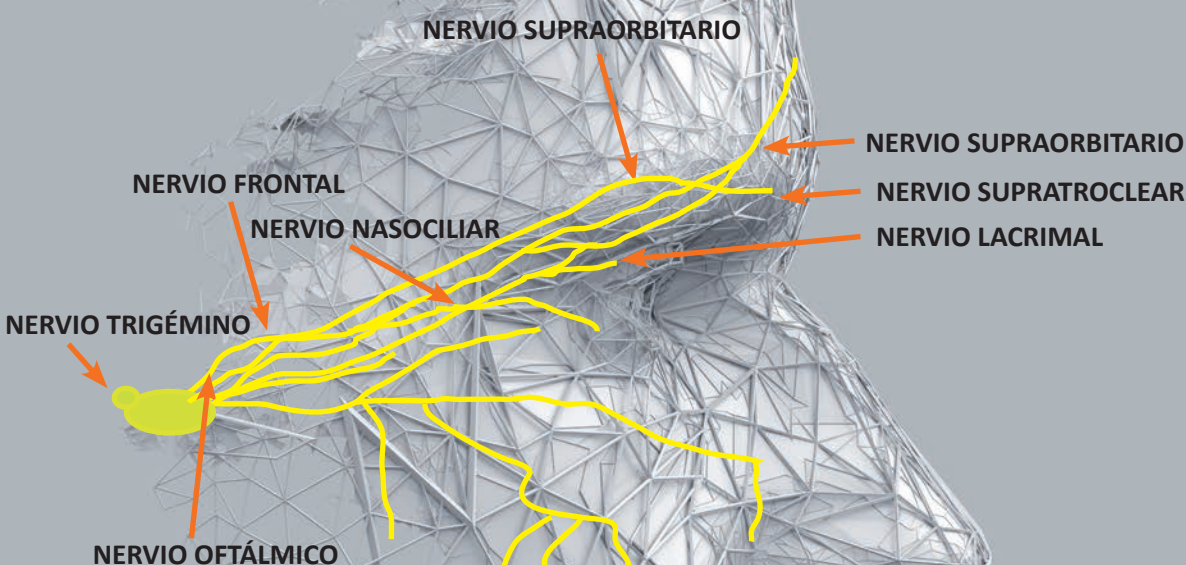
Papel de enfermería

Los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de promover la salud en el entorno en el que trabajan. Enfermería no solo debe proporcionar conocimientos sino, también, aportar una mayor calidad a la educación con el objetivo de promover hábitos de vida saludables y que los adolescentes alcancen su máximo bienestar físico, psíquico y social.

Los enfermeros poseen conocimientos y habilidades suficientes para dar una correcta educación para la salud en relación con la sexualidad, concienciar a la población adolescente del riesgo que conlleva contraer una ETS y fomentar medidas preventivas adecuadas. Los temas que se deberían tratar para abordar de manera integral la sexualidad en la adolescencia podrían ser:

- Género, identidad sexual y orientación sexual.
- Cambios Físicos y Psíquicos.
- Ciclo Menstrual.
- Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
- Métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia.
- Otros intereses que puedan ser demandados por los adolescentes.

Por todo ello, esperamos que este artículo sirva para que todo enfermero vinculado con la labor educativa reflexione sobre sus prácticas alcanzando una visión realista de como los adolescentes de hoy en día viven su sexualidad. Deseamos que se intente fomentar la adquisición de conocimientos que doten a los jóvenes de actitudes preventivas y que todos comencemos a reconocer al adolescente como un individuo que es potencialmente activo sexualmente y con necesidad de información sobre sexualidad adaptada a su realidad. Debemos capacitar al adolescente para que cree sus propios valores y actitudes que le permitan vivir su sexualidad de manera saludable y responsable.



Lesión del nervio supraorbitario

Amparo Santamaría Torroba. *Médico Rehabilitador Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza*

Carla Sierra Santamaría. Optometrista. Zaragoza

Carmen María Barquero Moreno. Médico Interno Residente Rehabilitación. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

La neuralgia supraorbitaria es definida como un dolor paroxístico o constante en la región supraorbitaria y en zona medial de la frente, en el área inervada por el nervio. Se ha descrito en el contexto de cefaleas comunes como la migraña y la neuralgia del trigémino.

Recuerdo Anatómico. El Nervio (N) supraorbitario es una de las ramas de la rama oftálmica del nervio trigémino.

Nervio trigémino ➡ N.oftálmico ➡ N. lacrimal
➡ N. Nasociliar
➡ N. Frontal ➡ N. supratroclear
➡ N. supraorbitaria ➡ N. superficial
➡ N. profundo

La forma más frecuente de atrapamiento es en la escotadura supraorbitaria. El nervio supraorbitario es sensitivo puro, recibe la inervación sensitiva del párpado, conjuntiva y de la región frontal. La rama profunda del nervio supraorbitario se prolonga hasta la zona frontoparietal y recoge la sensibilidad del ápex cefálico alcanzado a veces incluso el vértex.

Causas

La lesión puede ocurrir tras un traumatismo, tumor o infección. Con frecuencia aparece tras recibir un golpe directo o puñetazo o bien, tras accidente de tráfico, al golpearse

la cabeza contra el parabrisas del vehículo. También se ha descrito la alteración de este nervio tras la cirugía del blefarospasmo y otras intervenciones quirúrgicas en la región. La neuralgia del trigémino afecta preferentemente a las ramas maxilar y mandibular, sólo un 5% de los pacientes con neuralgia del trigémino presentan afectación de la rama o nervio oftálmico y por tanto dolor en la región frontal. Sin embargo, cuando la irritación del nervio trigémino se produce por reactivación del virus varicela zoster, la rama oftálmica es la que se altera con mayor frecuencia. Por este motivo, puede observarse neuralgia postherpética en el territorio del nervio frontal y de sus ramas, incluyendo la supraorbitaria. También puede existir una alteración exclusiva del nervio supratroclear. En este caso, la compresión puede estar favorecida por unas gafas mal ajustadas que comprime el nervio (cefalea de los anteojos).

Clínica

Conocer los antecedentes del paciente traumáticos y cirugías previas. EL síntoma principal es el dolor con características neuropáticas en la región frontal generalmente unilateral, como alodinia, hiperpatia y disestesias en la zona.

A la **exploración física** destaca la reproducción o el aumento del dolor al presionar sobre la zona supraorbitaria, lo que constituye signo

de Tinel. La triada diagnóstica consiste en: anomalías neuropáticas en la zona supraorbitaria, la obtención de un signo de Tinel al golpear o presionar la escotadura supraorbitaria y la mejora inmediata tras bloqueo anestésico de la rama neural.

Exploraciones Complementarias

Electrodiagnóstico Las latencias de las técnicas ofrecen valores estandarizados y permiten realizar el diagnóstico de la lesión.

Ecografía Permite estudiar la arista supraorbitaria y distinguir la escotadura.

Tratamiento

1. Farmacológico Local. Los analgésicos tópicos son útiles en el tratamiento de este síndrome, especialmente en el caso de neuralgia supraorbitaria postherpética. Deben colocarse sobre la zona de disestesia frontal.

2. Intervencionista. Los bloqueos con anestésico local pueden tener un valor diagnóstico además del terapéutico. Generalmente se realizan por marcación anatómica, buscando por palpación la escotadura supraorbitaria...

3. Quirúrgico. Inicialmente se procedía a la exéresis del nervio supraorbitario. Sin embargo, las tendencias quirúrgicas actuales se dirigen hacia la neurolisis mediante la apertura de la escotadura o la corrección de los elementos que comprimen.

¿Hallux valgus?



Natividad Losada Estella y Paula Esteruelas Cuartero.

Fisioterapeutas. Servicio de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Si su doctor le ha diagnosticado hallux valgus, seguramente ya sabe que padece los “juanetes” de toda la vida porque, con mucha probabilidad, los haya visto en sus padres o abuelos. Y es que los juanetes son altamente hereditarios, ya que su aparición depende en gran medida de la morfología del pie y la forma de caminar.

¿Qué es el hallux valgus?



Se trata de una desviación del eje del dedo gordo hacia el centro del pie. Es decir, el dedo gordo se aproxima al resto de los dedos y pierde su capacidad de separarse de ellos.

El “pie egipcio”, aquél en el que el dedo gordo es más largo y el resto sigue un

tamaño decreciente, es el más propenso a presentar esta incongruencia en la primera articulación metatarsofalángica.

Esta alteración de la correcta alineación articular implica un desequilibrio biomecánico y, en consecuencia, un deterioro progresivo de la articulación.

¿Qué lo provoca?

Como hemos dicho anteriormente, son muchos los factores que pueden causar la aparición del hallux valgus que, por otro lado, afecta mayoritariamente a las mujeres.

Los factores principales son:

- **Factor genético.** Heredamos la forma de nuestro pie e incluso, la manera de caminar. En este caso, el “juanete” aparece a edades más tempranas.

- **Uso de calzado inadecuado.** Un calzado demasiado estrecho, acabado en punta, corto o con tacón alto favorecerá la aparición de deformidades en nuestros pies.

Otras causas:

- **Laxitud ligamentaria.** Unos ligamentos demasiado elongados pueden provocar la “caída” de los arcos que sustentan la planta del pie dando lugar a un pie plano, el cual también es más propenso a desarrollar un hallux valgus.

- Desequilibrios musculares que puede alterar la biomecánica de la marcha.
- Deformidades óseas o en otras articulaciones.
- Enfermedades articulares de tipo inflamatorio.

Síntomas



- Desviación progresiva del dedo gordo hacia el resto de los dedos, llegando incluso a superponerse el primero sobre el segundo.

- Abultamiento (“bunion”) en la cara interna del pie que aparece como consecuencia de los cambios que se producen en la estructura del hueso.

- Ruidos articulares (crujidos) al mover el dedo.
- Enrojecimiento por la inflamación de los tejidos blandos que rodean la articulación.

- Dolor lacerante que suele incrementarse al caminar o permanecer de pie durante largos periodos de tiempo.

- Disminución de la movilidad del dedo gordo (sobre todo al intentar separarlo del resto de los dedos).

- En ocasiones, cuando la deformidad es grande, aparecen callosidades en las zonas de mayor presión.

Tratamiento

Será el traumatólogo quien decidirá si la CIRUGÍA es la mejor opción para corregir la deformidad.

Hasta entonces, el TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO es la elección primordial y tendrá como objetivos aliviar el dolor, mejorar la función y evitar, en la medida de lo posible, la progresión de la deformidad. El fisioterapeuta puede aplicar técnicas de electroterapia, termoterapia, terapia manual, de corrección postural y de la marcha, así como ejercicios específicos para activar la musculatura deficitaria del pie.

También puede resultar de ayuda el TRATAMIENTO ORTOPÉDICO. El uso de unas plantillas personalizadas puede servir para modificar la distribución de cargas, mejorando la estática y la biomecánica de la marcha. De la misma forma, los separadores de dedos fabricados en silicona ayudan a evitar el roce de los dedos amontonados. Sin embargo, las órtesis correctoras no parecen ser de gran utilidad cuando la deformidad ya está instaurada.

Recomendaciones

Es importante conocer el problema para evitar que se agrave y aprender a actuar sobre el dolor reduciendo en lo posible el consumo de analgésicos y antiinflamatorios.

Respecto al CALZADO:

- Usar calzado de horma recta y ancha, que no comprima los dedos y que les permita moverse. También ha de proporcionar espacio suficiente para evitar un roce o presión excesiva en el abultamiento (“bunion”). Esto no significa comprarse un zapato grande. La talla ha de ser la apropiada.

- Ha de tener un contrafuerte que dé estabilidad al talón, para evitar la caída del arco plantar (pie plano).

- No usar zapatos de tacón.

- Elegir zapatos fabricados con tejido suave y sin costuras.

Autocuidados

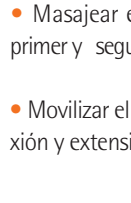
En nuestro domicilio, para aliviar el dolor, podemos:

- Aplicar compresas de hielo o poner el pie en agua fría durante aproximadamente 10 minutos, varias veces al día.



- Realizar un suave masaje en la articulación para favorecer su drenaje y aliviar la inflamación causante del dolor.

- Masajear el espacio entre el primer y segundo metatarsianos.



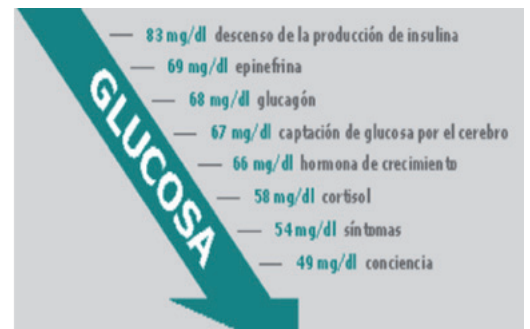
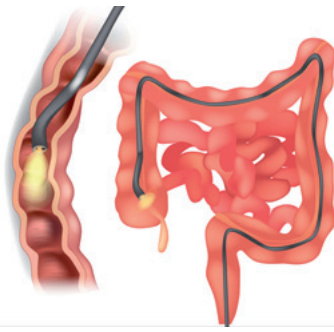
- Movilizar el dedo gordo en flexión y extensión (arriba y abajo).

- Realizar una tracción del dedo gordo, como si quisiéramos “alargarlo”, y a la vez aplicamos un movimiento corrector hacia la separación del resto de los dedos.



- Intentar separar el dedo gordo del resto de los dedos, para fortalecer la musculatura más débil.

En resumen, debemos saber que hasta llegar al tratamiento quirúrgico, que se aplica cuando la deformidad o el dolor provocan limitación funcional, existen múltiples opciones y técnicas para aliviar las molestias de nuestros pies.



Preparación para colonoscopia en paciente diabético Tipo 1

Miguel Ángel García Ambrona. Enfermero del Servicio de Endoscopia Digestiva en Hospital Universitario Gregorio Marañón
Débora Montes Blanco. Enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Sofía
Sergio Menéndez Hevia. Enfermero Servicio de Pediatría de Atención Primaria en Servicio Aragonés de Salud

La colonoscopia es una de las exploraciones más comunes en las unidades de endoscopia digestiva. Ésta conlleva una preparación para vaciar el colón de heces y poder así, visualizar directamente el interior del tubo digestivo. En este artículo se trata de dar un guía general para aquellos pacientes diabéticos tipo 1 que deban llevar a cabo una preparación para esta prueba.

Una buena preparación para la colonoscopia resulta de gran importancia a la hora de realizar la propia técnica e identificar posibles lesiones o diagnósticos. Se deben llevar a cabo una serie de medidas para una correcta limpieza del intestino. Siguiendo las indicaciones de su médico deberá atender a medicamentos que aumenten el riesgo de sangrado como antiagregantes y anticoagulantes. Por otro lado, habrá que llevar a cabo una dieta baja en residuos junto con una solución evacuante. Dos días antes de la prueba comienza una dieta baja en residuos hasta las ayunas horas antes a su realización; aquí nos vamos a centrar.

Un control glucémico especial

- Diferenciamos entre alimentos prohibidos y alimentos permitidos en las 48 horas previas a la prueba. Los alimentos prohibidos son las frutas, las verduras (lechuga, pimiento, tomate), las legumbres (judías, lentejas), NO debemos añadir ninguna salsa a los alimentos permitidos. La leche entera, queso fresco, los frutos secos tampoco son convenientes. Ni chocolate ni batidos de cacao. No se pueden tomar bebidas con gas. No debemos tomar alimentos integrales. En este caso los diabéticos debemos adaptar nuestros alimentos a este tipo de dieta. Los

productos integrales tendremos que dejarlos de lado estos días y tomar arroz blanco, pasta normal, pollo, carne a la plancha, puré, patatas cocidas (seguramente sea un alimento principal en nuestra dieta).

Las frutas más que las verduras tendremos que sustituirlas por algún alimentos hidrocabonatado (HC) para no descender el consumo total de HC diario que nos lleve a hipoglucemia. Si nos tratamos con insulina de acción lenta trataremos de reducir la dosis de la última inyección antes de la prueba en un 20% (debemos recordar que el día siguiente se realizará un ayuno).

- El día anterior a la prueba (24 horas pre) se dejarán de tomar alimentos sólidos, dejando una franja de tiempo de 3-4 horas antes de comenzar la limpieza intestinal con la solución evacuante indicada por el especialista. Al solo poder tomar líquidos al paciente diabético tipo 1 le resultará muchas veces mantener niveles correctos al salirse de su pauta habitual.

- Hay pacientes que deciden no pincharse la insulina por miedo a sufrir una hipoglucemia, pero hemos de subrayar que la hiperglucemia que puede sufrir es complicada. Ya que el bolo de corrección de rápida puede ser excesivo al cambiar el ratio este día previo y tener nuestras reservas de glucógeno más bajas.

Otra razón por la que está medida resulta incluso más peligrosa que lo habitual es la deshidratación asociada a esta prueba y su preparación. Unida a la pérdida por glucosuria puede agravar el estado hidroelectrolítico de nuestro organismo.

- En caso de hipoglucemia: no se deje llevar por la sintomatología. Solo debe tomar líquidos, puede ser un zumo o un gel de absorción rápida. Si cuenta con más experiencia y/o un

medidor continua de glucosa e identifica que se trata de un hipoglucemia por la insulina basal (y haber descendido bruscamente la cantidad de HC totales) puede tomar un gel de absorción lenta.

Ayuno por sedación

Un especialista de anestesia inducirá tras su consentimiento firmado la sedación (un estado de sueño profundo) por lo que no tendrá dolor durante la prueba. En esta estado de sedación intermedia donde se suele administrar oxígeno aunque el paciente respira por si mismo. En cualquier caso y dentro de la gran seguridad que tiene este procedimiento, hay que mantener las ayunas indicadas. Recuerde la vital importancia del ayuno para esta intervención y en caso de tener algún problema ponerse en contacto con el servicio o informarles de su tendencia a hipoglucemia si así fuese para tomar las medidas oportunas por los especialistas.

Post-exploración

Tras la finalización de la prueba y su reanimación de anestesia podrá volver a hacer vida normal. Evitar bebidas gaseosas y alcohólicas, junto con el resto de recomendaciones adjuntas. Respecto a la dieta puede reiniciar su dieta habitual de manera inmediata. Se aconseja reducir la próxima dosis de lenta un 10% ya que debe recordar que el día anterior no recibió su dosis de HC normal. Tenga estricta atención también en el día posterior ya que el efecto de la insulina será mayor (aumento de transportadores de membrana GLUT-6 en tejido muscular y hepático). Se recomienda a diabéticos tipo 1 no excluir alimentos de absorción lenta para mantener correctos niveles de glucemia.

Me han diagnosticado divertículos en el colon.

¿Es lo mismo Diverticulosis que Diverticulitis? La Diverticulitis: Qué es y cómo se trata

Antonio García Domínguez. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca

Alejandra Utrilla Fornals. Médico Interno Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge (Huesca).

Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca

Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Carmen Jimeno Griñó. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca

Francisco Javier García Alarcón. Médico de Servicio de Urología. Hospital San Jorge de Huesca

María Marín Ibañez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Mariela Olivari Montoya. Enfermera especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

María José Anoro Casbas. Supervisora enfermería especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

A menudo muchos pacientes son diagnosticados de Diverticulosis tras la realización de una colonoscopia, lo que les genera dudas acerca de la gravedad de la situación y de la necesidad o no necesidad de tratamiento para ello. La presencia de divertículos en el colon (Diverticulosis) no es lo mismo que la Diverticulitis, como se explica a continuación.

La Diverticulosis o presencia de divertículos en el colon, es la enfermedad cólica más frecuente en Occidente, llegando a afectar al 10% de la población. Haciendo referencia a la edad, las personas mayores son las más vulnerables. De esta forma, sólo el 5% de la población menor de 40 años presenta divertículos en el colon, mientras que éstos están presentes en el 65% de la población de entre 60 y 80 años. Haciendo referencia al sexo, la presencia de divertículos antes de los 50 años es más

frecuente en el sexo masculino, mientras que la presencia de divertículos más allá de los 50 años es más frecuente en el sexo femenino. Los divertículos son protrusiones saculares de la mucosa y submucosa a través de los puntos débiles de la musculatura circular del colon, presentes en el lugar de inserción de unos pequeños vasos sanguíneos denominados vasa recta intramurales. Estos divertículos miden habitualmente entre 5-10mm, pudiendo alcanzar los 20mm. La localización más frecuente de los divertículos en países occidentales es en el colon izquierdo, concretamente en el Sigma, mientras que en países orientales son más frecuentes en el colon derecho.

La presión intraluminal

No se conoce bien el mecanismo responsable de este trastorno, pero en su patogenia intervienen probablemente alteraciones anatómicas intrínsecas del colon y trastornos de la función motora. De hecho, en la mayoría

de pacientes, la capa muscular circular del colon se encuentra engrosada y hay un aumento de la actividad motora en el colon, lo que condiciona un aumento de la presión intraluminal (dentro del colon). Este aumento de presión facilitaría la formación de los divertículos. Otros factores de riesgo asociados a la aparición de divertículos son las dietas con bajo contenido en fibra, el sedentarismo y la obesidad.

El modo de expresión clínica de la Diverticulosis oscila desde la ausencia completa de síntomas (lo que ocurre en el 75-80% de los casos) hasta el desarrollo de complicaciones diversas que incluyen la hemorragia digestiva baja, la perforación y la diverticulitis aguda.

Por tanto, la Diverticulitis Aguda es la complicación más frecuente de la Diverticulosis y ocurre cuando la abrasión de la mucosa, debida generalmente a la acción de fecalitos, conduce a una inflamación necrotizante de



uno o más divertículos. Clínicamente, el síntoma más común de la Diverticulitis Aguda es el dolor en la fosa ilíaca izquierda (zona inferior izquierda del abdomen). Otro síntoma frecuente es la fiebre. Otros síntomas que pueden aparecer son los cambios en el hábito intestinal (en forma de estreñimiento o diarrea) y las náuseas, así como la aparición de síntomas miccionales (debido a la irritación de la vejiga por proximidad al sigma).

En cuanto al diagnóstico, se basa principalmente en los datos proporcionados por la clínica (ya descrita) y por la exploración física, la cual suele revelar la presencia de dolor a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca izquierda con signos de irritación peritoneal o empastamiento con efecto masa. Analíticamente, los pacientes suelen presentar elevación de parámetros inflamatorios, como elevación de la proteína C reactiva (PCR) y leucocitosis (elevación de leucocitos).

Una vez establecida la sospecha diagnóstica, estaría indicada la realización de una prueba de imagen que nos confirme el diagnóstico. En la Diverticulitis Aguda, la prueba de imagen de elección es la Tomografía Computarizada (TC) ya que, además de confirmar el diagnóstico, permite estadificar la gravedad de la enfermedad en base a la Clasificación de Hinchey: Hinchey Ia (engrosamiento mural del

colon +/- inflamación de la grasa adyacente), Hinchey Ib (absceso pericólico o mesentérico), Hinchey II (absceso pélvico, retroperitoneal o a distancia), Hinchey III (peritonitis purulenta), Hinchey IV (peritonitis fecaloidea).

Tratamiento de la Diverticulitis Aguda

Una vez estadificada la gravedad de la enfermedad, podemos establecer el tratamiento de la Diverticulitis Aguda en base a la clasificación de Hinchey:

- Diverticulitis Aguda No Complicada (Hinchey Ia): Hay 2 posibilidades de tratamiento:

1) Pacientes <65 años sin comorbilidades importantes: Manejo ambulatorio, es decir, Alta Hospitalaria con tratamiento antibiótico vía oral junto con tratamiento dietético (dieta con bajo contenido en fibra).

2) Pacientes >65 años con comorbilidades importantes: Ingreso hospitalario con tratamiento antibiótico vía intravenosa.

- Hinchey Ib y Hinchey II: Ingreso hospitalario con tratamiento antibiótico vía intravenosa, asociando el drenaje percutáneo de los abscesos cuando éstos tengan un tamaño de >5 cm.

- Hinchey III y Hinchey IV: Cirugía urgente. La técnica quirúrgica más frecuentemente empleada es la denominada Cirugía de Hartmann (resección del segmento de colon donde se encuentran los divertículos y dejar

una bolsa de colostomía temporal, pudiendo restablecer el tránsito intestinal varios meses después con una segunda cirugía de forma programada). Por otra parte, en un grupo muy concreto de pacientes (pacientes jóvenes, sin grandes signos inflamatorios, con buen estado de los tejidos, etc.) se puede proponer como técnica quirúrgica la resección del segmento de colon donde se encuentran los divertículos y la realización de una anastomosis primaria (es decir, volver a unir los extremos del colon sin dejar bolsa de colostomía temporal). Sin embargo, no siempre es posible.

Por último, en cuanto a la evolución y seguimiento de los pacientes, está indicada la realización de una colonoscopia varios meses después del episodio de Diverticulitis Aguda para descartar la presencia de una neoplasia en el colon, así como la presencia de complicaciones, como por ejemplo, la fístula colovesical (comunicación entre el colon y la vejiga) debido al proceso inflamatorio previo, la cual se puede manifestar en forma de neumaturia (presencia de gas en la orina) o fecaluria (presencia de heces en la orina). Además, en aquellos pacientes que han presentado varios episodios de Diverticulitis Aguda, se puede proponer la cirugía programada para reseccionar el segmento de colon donde se encuentran los divertículos.



Recomendaciones para alérgicos y asmáticos frente al coronavirus

David Parra Olivar

Enfermero en Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital Miguel Servet. Zaragoza

En plena pandemia de covid-19, nos enfrentamos también al periodo de alergias que llega en estos meses, aunque con el cambio climático se han visto alterados los ciclos en los que florecen los árboles los cuales comienzan incluso antes de la primavera, y es ahora cuando empieza el incremento de episodios alérgicos en la población.

Ante esta situación de incertidumbre que puede entrañar para estos pacientes, es importante diferenciar los síntomas del nuevo coronavirus y los síntomas clásicos de alergia. Para ello la Sociedad Española de Alergología ha explicado la forma en que afecta el covid-19 a pacientes alérgicos e insta a seguir las pautas generales del Ministerio de Sanidad.

Afirman que los alérgicos no tienen más probabilidades de contraer la enfermedad que los no alérgicos.

Lo que nos debe de hacer sospechar de alergia, sobre todo si es debida a pólenes, es que los síntomas se recrudecerán cuando el paciente esté al aire libre y notará mejoría cuando permanezca en sitios cerrados.

Además, los síntomas típicos de alergia como es la rinitis alérgica, suelen remitir con rapidez con la toma de antihistamínicos, y la presencia de fiebre es inexistente salvo complicaciones menos frecuentes.

Los datos recogidos hasta el momento en diferentes estudios no parecen indicar que ser alérgico conlleve mayor riesgo de contraer la infección por coronavirus ya que el sistema inmunitario de una persona alérgica funciona como el de una persona no alérgica, su función de defensa frente a microorganismos es igual. El estado de alarma declarado en nuestro país beneficia de forma directa a los pacientes alérgicos, ya que reduce considerablemente su exposición a pólenes.

Para que ésto sea efectivo, los pacientes deben de cumplir con su tratamiento habitual además de tomar las medidas recomendadas para reducir los niveles de pólenes en el interior de las viviendas.

Las personas con asma. Deben extremar las medidas de precaución debido a que sus vías respiratorias son más susceptibles a las infecciones sobre todo de tipo vírico.

Si un asmático sufre una infección respiratoria, la inflamación de sus bronquios será mayor que la que tendría una persona no asmática, con lo que aumenta la posibilidad de hiperreactividad bronquial y mayor riesgo de sufrir una crisis asmática.

Muy importante son las recomendaciones básicas que ha dictado la OMS:

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Respetar distancias de seguridad entre personas.
- Usar mascarillas.



Consejos para gestionar el estrés en niños producido por el coronavirus

David Parra Olivar

Enfermero en Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital Miguel Servet. Zaragoza

El estrés es un sentimiento de tensión física o emocional que puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso.

El estrés es la reacción de su cuerpo a un desafío o demanda. En pequeños episodios el estrés puede ser positivo, como cuando le ayuda a evitar el peligro o cumplir con una fecha límite. Pero cuando el estrés dura mucho tiempo, puede dañar la salud.

Los niños pueden responder al estrés de diferentes formas, por ejemplo, incrementando su dependencia, preocupación, aumentando sus enfados y en ocasiones mostrándose más agitados.

Ante estas situaciones, hay que mostrarse más comprensivo frente a las reacciones de su hijo, escuchando sus preocupaciones y mostrándole atención.

Los niños necesitan el amor y la atención de los adultos en los

momentos difíciles, hay que incrementar el tiempo de estar con los niños, así como la atención. Cuando sea posible, organizaremos momentos de juego que puedan servir de distracción y relajación para su hijo.

Dentro de las posibilidades de cada uno, mantener a los niños cerca de sus padres y familia cercana. En caso de separación como puede ser por hospitalización de un familiar, mantener contacto a diario ya sea telefónico, video llamada u otro medio para intentar normalizar la situación lo máximo posible.

Es aconsejable mantener las rutinas y los horarios habituales en la medida de lo posible, o ayudar a crear otros diferentes en el nuevo entorno, pueden ser actividades educativas, así como juegos con la finalidad de distraerse y pasar un buen rato.

Aprovecharemos para explicar cuál es la situación actual y dar información a los niños sobre cómo pueden reducir los riesgos de contraer la enfermedad.



Helicobacter pylori y alimentación



Irene Lezcano Sánchez
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARAO0263

Helicobacter pylori es una bacteria gramnegativa, con forma de espiral y flagelada que pertenece al phylum Proteobacteria, tiene una gran capacidad de supervivencia en el medio ácido gástrico, siendo una de las infecciones más extendidas en el mundo ya que la prevalencia supera el 50% de la población en algunas zonas.

La colonización por *H. pylori*, puede causar gastritis crónica, úlcera péptica, adenocarcinoma gástrico y linfoma MALT. Aproximadamente un 3% de los pacientes infectados por esta bacteria desarrollan cáncer gástrico, existiendo varios factores de riesgo en estos pacientes, como el bajo consumo de frutas y verduras (ricas en antioxidantes), el consumo de alcohol, de tabaco y la obesidad. Aunque algunas personas no presentan sintomatología, los síntomas más comunes son ardor, reflujo gastroesofágico, saciedad precoz, dolor de estómago, anemia, pérdida de peso e hinchazón.

Pruebas para valorar si hay infección
Existen diferentes pruebas para evaluar si

existe o no esta infección: prueba de aliento, análisis de sangre, heces o endoscopia, para ello se debe consultar al médico.

La primera línea de tratamiento está dirigida a su erradicación, siendo la terapia convencional la administración de inhibidores de la bomba de protones combinado con los antibióticos, amoxicilina y claritromicina.

En cuanto a la alimentación, tiene un papel clave, ya que una dieta blanda o de protección gástrica ayuda a que nuestro estómago trabaje menos. Esto contribuye a una mejor evolución, reducción/erradicación de los síntomas y recuperación de la mucosa y de las funciones gástricas, lo que evita posibles carencias nutricionales (de vitamina B12, vitamina C...).

Consiste principalmente en:

- Evitar alimentos integrales, por ello se tomarán cereales refinados como la pasta, el pan blanco, el arroz...
- Tomar tubérculos como la patata y el boniato.
- Se evitarán las verduras y frutas crudas. Por lo que se tomarán las verduras cocidas, en puré, en caldos... La fruta, se tomará en compotas sin azúcar, fruta cocida o asada sin piel o se podrá tomar el plátano maduro.
- Se desaconseja tomar la legumbre entera, se comprobará tolerancia en pequeñas cantidades, sin piel, en puré...
- Tomar carnes blancas (pollo, pavo, conejo), y pescados blancos (merluza, bacalao...) evitando las carnes rojas, procesadas y los pescados azules.

- El huevo se puede tomar si se tolera, aunque es aconsejable comenzar con la clara.
- Tomar lácteos naturales y poco grasos, como el yogur natural, quesos frescos...
- Utilizar grasas en pequeñas cantidades como el aceite de oliva.
- Tomar como bebidas: agua, infusiones y caldos y evitar: café, alcohol, zumos ácidos, bebidas gaseosas y té.
- Otros alimentos a evitar son los precocinados, las especias, el picante, salsas, cítricos, vinagres y tomar grandes cantidades de comida. La dieta debe ser elaborada por un dietista-nutricionista para que sea adaptada al paciente, evitar carencias y conseguir que los síntomas mejoren.

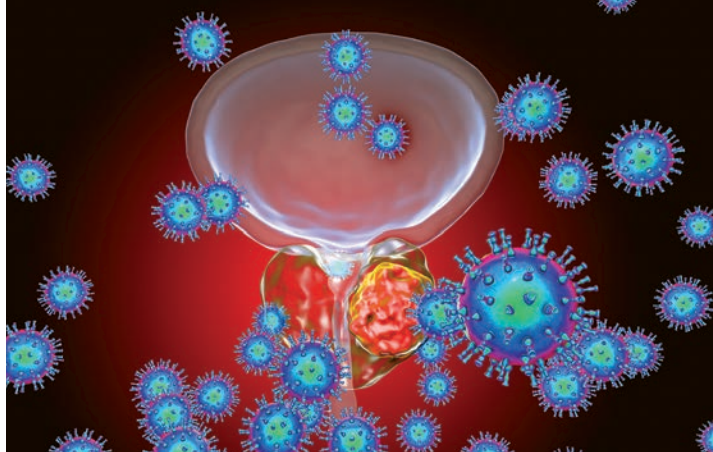
Probióticos

Por último, la infección por *H. pylori* puede modificar la composición de la microbiota gástrica, aunque la interacción entre huésped, microbiota y *H. pylori* no es completamente clara. Sin embargo, los probióticos, definidos como microorganismos vivos, que cuando se administran en cantidades adecuadas confieren un beneficio a la salud del hospedador, si pueden mejorar la erradicación del *H. pylori* y reducir los efectos secundarios durante la terapia. Los más utilizados son *Lactobacillus*, como por ejemplo *L. reuteri*, y la levadura probiótica *Saccharomyces boulardii*, lo que abre una nueva ventana en la terapia, aunque es necesario más estudios sobre ello.

Tengo cáncer de próstata y...

¿No me van a tratar?

Qué es la vigilancia activa en cáncer de próstata



Francisco Javier García Alarcón. Médico de Servicio de Urología. Hospital San Jorge de Huesca

Carmen Jimeno Griño. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca

Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca

Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca

María Marín Ibañez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Mariela Olivari Montoya. Enfermera especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

María José Anoro Casbas. Supervisora enfermería especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca

Antonio García Domínguez. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

Alejandra Utrilla Fornals. Médico Interno Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge. Huesca

Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

La vigilancia activa es un tratamiento ACTIVO para el cáncer de próstata (de muy bajo/bajo riesgo), que implica un consentimiento informado por parte del paciente y la aplicación de unos protocolos de seguimiento muy estrictos, con el fin de retrasar/evitar otros tratamientos activos que pueden llevar asociados efectos secundarios importantes y que podrían reducir la calidad de vida del paciente.

La vigilancia activa NO es un tratamiento paliativo, ni pasivo, que solo incluya el seguimiento del paciente de forma rutinaria.

Justificación de la vigilancia activa en el cáncer de próstata

El cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente en el varón, y su incidencia aumenta drásticamente con la edad. En autopsias realizadas en varones fallecidos por otras causas, la prevalencia de esta enfermedad entre los 40-50 años fue de un 15% mientras que en mayores de 79 años fue de un 60%. Sin embargo, esta alta frecuencia de la enfermedad va asociada a una alta prevalencia de "cáncer de próstata indolente", que es aquel que no generará ni morbilidad ni mortalidad en el paciente.

Por otro lado, los tratamientos curativos actuales para el cáncer de próstata (Cirugía y Radioterapia principalmente) generan una gran morbilidad asociada, principalmente en forma de disfunción eréctil, incontinencia e infecciones del tracto urinario.

Estos dos planteamientos: Alta frecuencia de cáncer de próstata indolente y alta morbilidad de los tratamientos curativos, justifican la adopción de esta estrategia terapéutica, avalada por todas las sociedades científicas nacionales e internacionales, que pretenden en última instancia reducir la morbilidad asociada al tratamiento curativo de esta enfermedad y aumentar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata de bajo/muy bajo riesgo.

Me han diagnosticado cáncer de próstata, ¿puedo beneficiarme de esta estrategia terapéutica?

Como hemos comentado anteriormente, la vigilancia activa SOLO puede aplicarse en aquellos pacientes diagnosticados de cáncer de próstata de bajo o muy bajo riesgo (las últimas guías clínicas abren la puerta al riesgo intermedio, aunque solo en determinados supuestos) y que sean candidatos a un tratamiento activo (cirugía o radioterapia). Su médico le indicará si es usted candidato a esta estrategia.

¿En qué consiste la vigilancia activa?

La vigilancia activa es un protocolo de seguimiento, estricto, que implica tanto la realización de pruebas no invasivas (analíticas de sangre, resonancias magnéticas o tactos rectales) como invasivas (biopsias de próstatas periódicas) de forma programada y ordenada. Aunque existen unos criterios más o menos propuestos, no existen protocolos de segui-

mientos ni criterios absolutos de inclusión-exclusión universalmente establecidos, y cada institución elabora los suyos propios. De forma muy general:

- Los pacientes se incluyen en el programa cuando son diagnosticados de cáncer de próstata de bajo/muy bajo riesgo y son candidatos a un tratamiento curativo.
- El protocolo suele incluir analíticas de sangre trimestrales/semestrales, tactos rectales y pruebas de imagen anuales y biopsias de próstata anuales/trienales.
- Los pacientes son excluidos del programa y propuestos para un tratamiento activo con cirugía o radioterapia cuando existe progresión de la enfermedad o por deseo explícito del paciente. También pueden ser excluidos del programa y propuestos para observación cuando hayan surgido otras comorbilidades que contraindiquen un tratamiento curativo en el paciente.

No obstante, estos son solo algunas consideraciones básicas, y existen otros criterios tales como edad, antecedentes de cáncer de próstata en la familia, raza o la capacidad del paciente para participar en estos programas que pueden tenerse en cuenta a la hora de incluir o excluir al paciente en esta estrategia. Su médico le indicará el protocolo de seguimiento de su Hospital, la periodicidad de las pruebas y las visitas, y los criterios de inclusión-exclusión que tengan establecidos.

Coronavirus en niños, ¿qué debemos saber?

Cristina Genzor Ríos. Residente de Enfermería Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza
María Vázquez Sánchez. Residente de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza
Mónica López Campos. FEA de Pediatría. Centro de Salud Amparo Poch. Zaragoza
Ana Valer Martínez. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza
Carlos Fernández Lozano. Enfermero. Hospital General de la Defensa. Zaragoza

Es seguro que los niños en casa han escuchado hablar del Coronavirus COVID-19. Como en cualquier persona, esto les provocará preocupación, ya que su vida y rutinas han cambiado. Los niños, igual que los adultos, tienen derecho a saber y conocer qué está ocurriendo, y cómo les puede afectar a ellos ya que puede haber familiares alrededor que están enfermando. Proponemos una serie de preguntas y consejos para que los niños pasen la cuarentena de la mejor forma posible.

¿Cómo les explicamos a los niños/as la situación actual?

Hay que intentar normalizar la situación y no engañarles. Es normal que les provoque cierta preocupación, sobre todo si hay familiares cercanos afectados. Se les puede explicar que hay una enfermedad que ahora mismo provoca que las personas tengan tos o fiebre, y que esto a veces les obliga a estar en un hospital para curarse. Se puede resaltar que los niños no suelen necesitar ir al hospital, pero que es importante que entiendan que su papel es esencial a la hora de realizar una buena higiene para no contagiar a los mayores.

¿Cómo se pueden contagiar los niños?

Este virus se contagia principalmente por gotas en el aire que emiten las personas infectadas de este virus por medio de tos, estornudos o al hablar. Además, si estas gotas están en objetos contaminados, el niño puede tocar estas superficies y después tocarse boca o nariz y contagiarse. La mayoría de casos de niños se han contagiado de familiares con los que conviven.

¿Va a enfermar mi hijo/a a causa del Coronavirus?

Los niños pueden contagiarse, pero parece ser que en menor medida que los adultos. La mayoría de casos en la actualidad han cursado con síntomas leves como tos o fiebre, que no han requerido ingreso hospitalario.

¿Qué hago si creo que mi hijo se ha contagiado?

Pida cita en su Centro de salud para informar a su pediatra de los síntomas. Si la sintomatología es leve, lo más probable es que su médico le recomiende quedarse en casa y aislarse en la medida de lo posible. En la mayoría de los casos será suficiente con un seguimiento telefónico, aunque en determinadas ocasiones su médico puede preferir una cita en consulta para realizar una exploración más exhaustiva.

¿Qué hago si tengo que vacunarle o ir al Centro de Salud por otras causas?

En Aragón, la vacunación habitual sigue vigente en menores de 15 meses, así como la revisión que va asociada a la vacuna. El resto de vacunas del calendario vigente, se considera que son dosis de recuerdo, por lo que pueden aplazarse hasta que la situación lo permita. Por otra parte, las inmunizaciones para la disminución de la alergia quedan aplazadas, a excepción del ámbito hospitalario donde se aplica criterio individualizado.

En el caso de que necesite acudir al Centro de Salud por causas ajenas al coronavirus, pida cita y su médico le contactará telefónicamente para resolver sus dudas. Si precisa asistencia médica presencial, le indicarán las pautas a seguir para acudir al centro.

¿Y si hay un familiar contagiado en casa?

- Mantener una distancia de seguridad de la persona enferma.
- No entrar en la habitación donde está aislado el familiar.
- Lavado de manos frecuente, sobre todo antes y después de comer, jugar o ir al baño.
- Intentar no tocarse ojos, boca y nariz.
- Enseñar a estornudar y toser poniendo el codo para taparnos la boca en el caso de niños mayores.

¿Qué actividades puedo realizar con los niños?

Es importante establecer rutinas diarias, ya que así evitaremos esa sensación de incer-

tidumbre. Además, existen alternativas para entretener a los más pequeños de la casa como pueden ser:

- Juegos interactivos. Existen recursos en internet para entretener a los niños, como por ejemplo visitas a museos interactivas, aunque es importante destacar que hay que seguir controlando el tiempo de exposición a pantallas y limitarlo en función de su edad.
- Juegos para conocer el coronavirus. Aprovechando que jugamos, podemos aprovechar para que sepan más acerca del virus. Existen también iniciativas como pintar el virus en la mano, y que sean capaces de borrarlo lavándose las manos adecuadamente, consiguiendo así que se diviertan y que a la vez aprendan una correcta higiene.
- Cocinar. Se puede realizar en familia, y se fomentará la cohesión, además de ayudar a adquirir independencia y sentir que colaboran.
- Ejercicio. Habitualmente, los niños requieren una actividad física continua para quemar toda la energía que tienen. Realizar ejercicio, como zumba o yoga adaptada para niños, ayudará a que se sientan más cansados al final del día y poder conciliar el sueño mejor.
- Videollamadas. Es una forma de sentir más cerca al resto de familiares y que vean que están bien.
- Viajar sin moverte del salón. Se puede imaginar que cada día viajamos a un país distinto, donde podemos cocinar la comida típica, visitar los mejores museos, conocer su cultura...
- Actividades como: Manualidades, películas, juegos en familia...

¿Y después de la cuarentena...qué?

Poco a poco todo se restablecerá, y debemos aprovechar que los niños tienen una gran capacidad de aprendizaje y adaptación para que ciertas rutinas que aprendieron durante la cuarentena se conviertan ya en costumbres en su día a día, como la higiene de manos. No debemos olvidarnos de resolver todas las dudas que tengan, al final son una parte fundamental del sistema y si ellos entienden su papel en la propagación del virus, ayudarán a evitarlo.

Niños: No todo es Coronavirus

María Vázquez Sánchez. Residente de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Cristina Genzor Ríos. Residente de Enfermería Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Mónica López Campos. FEA de Pediatría. Centro de Salud Amparo Poch. Zaragoza

Ana Valer Martínez. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

Carlos Fernández Lozano. Enfermero. Hospital General de la Defensa. Zaragoza

La información acerca del Coronavirus invade desde Marzo nuestro día a día y esto hace que vayamos conociendo poco a poco la diversidad de manifestaciones que produce. Algunos de los síntomas que asociamos a esta enfermedad son la fiebre, la tos, la dificultad respiratoria, el dolor de garganta o las lesiones dermatológicas. No obstante, en la edad infantil existen otras muchas patologías que frecuentemente se pueden presentar con los mismos síntomas y que se están valorando actualmente en la consulta.

Algunas de ellas son las siguientes:

- Fiebre alta y dolor de garganta, en ausencia de tos: podría tratarse de una faringitis bacteriana por *Streptococo Pyogenes* y precisar tratamiento antibiótico con Penicilina.
- Dolor de garganta con tos y cuadro catarral, con o sin febrícula: es un cuadro más carac-

terístico de una faringitis vírica en la que se pauta un tratamiento antiinflamatorio. Una de las posibilidades es este episodio acompañado de conjuntivitis, asociado con frecuencia al Adenovirus. También son destacables los cuadros de herpangina donde observamos lesiones papulovesiculosas sobre las amígdalas enrojecidas y sobre el paladar blando; patología más propia del Virus Coxsackie A.

- Dolor de garganta con fiebre, adenopatías y aumento del tamaño del hígado y el bazo: podría ser sugestivo de una mononucleosis infecciosa con agentes causales como el Virus Epstein Barr. Su tratamiento también es sintomático y el empleo de antibióticos como la Amoxicilina puede desencadenar un exantema cutáneo generalizado.

- Dificultad para respirar, con aumento de la frecuencia respiratoria y tos: podría ser compatible con un episodio de bronquiolitis o bronquitis aguda y el niño debe de ser valorado por su pediatra ya que puede necesitar un tratamiento broncodilatador.

El virus más frecuentemente implicado es el Virus Respiratorio Sincitial pero, debido a la variabilidad estacional, encontramos también otros agentes causales como el Rinovirus, el Parainfluenza, el Metapneumovirus, el Influenza, etc.

- Tos perruna con afonía y/o dificultad respiratoria: se puede corresponder con un cuadro de laringitis. El responsable de la mayoría de los casos es el Virus Parainfluenza y puede ser útil en esta entidad el tratamiento con un corticoide vía oral como la Dexametasona.
- Dolor abdominal con o sin vómitos y diarrea: podría tratarse de una gastroenteritis infecciosa por diferentes virus (Rotavirus, Norovirus, Adenovirus) o, incluso por bacterias como el *Campylobacter* cuando la diarrea se acompaña de sangre. Se recomienda mantener una correcta hidratación e iniciar tolerancia oral progresiva. Sólo en algunos casos se emplean antibióticos como Azitromicina.
- Exantemas de características variables según localización, el tipo de lesión elemental, la



presencia de prurito, la asociación con otros síntomas, las infecciones previas, desencadenantes...

♦ **Escarlatina:** cursa con un exantema micropapuloso y rasposo al tacto que puede acompañarse de lengua aframbuesada y dolor de garganta. Es producido por la bacteria *Streptococo Pyogenes* y requiere tratamiento con Penicilina.

♦ **Sudamina:** es una erupción cutánea debida a la obstrucción de las glándulas sudoríparas de la piel en contexto de calor o sudoración. No se trata de un cuadro infeccioso y solamente precisa cuidados habituales de la piel evitando cremas grasas.

♦ **Varicela:** se observa un exantema pruriginoso constituido por lesiones dermatológicas en diferente fase evolutiva: máculas, pápulas, vesículas, costras...Esta infección está producida por el Virus de la Varicela Zoster (VZ) y su tratamiento es sintomático.

♦ **Eritema multiforme:** aparición de lesiones cutáneas en forma de diana, con halo periférico eritematoso y centro más pálido. Suelen ser lesiones simétricas en áreas de extensión. En las formas más leves, se puede relacionar con el antecedente de infección por Virus Herpes Simple. En las formas con afectación mucosa, se puede asociar a la bacteria *Mycoplasma Pneumoniae* o a fármacos como AINES, antibióticos o anticonvulsivos. El plan terapéutico dependerá de la gravedad del cuadro y de la

afectación general del paciente, aunque en la mayoría de los casos no requiere un tratamiento específico.

♦ **Megaloeritema:** se produce por el Parvovirus B19, causante de un eritema facial simétrico "en bofetón", lesiones maculopapulosa en tronco y extremidades, de aspecto reticulado y aclaramiento central. El tratamiento es sintomático y las complicaciones infrecuentes.

♦ **Exantema súbito:** cuadro de fiebre elevada durante 2-4 días que cede bruscamente con la aparición de un exantema maculopapuloso de predominio en tronco y extremidades superiores, de resolución espontánea. Está producido por el Virus Herpes tipo 6 y 7.

Entonces, ¿cómo tengo que actuar?

Como hemos visto, no todo es Coronavirus. Es cierto que debemos ser cautos y tomar las medidas higiénicas necesarias, pero el miedo al contagio puede jugar también en nuestra contra. Aunque pueda parecer que los niños presentan cuadros leves, la atención médica no debe retrasarse, ya que también pueden presentar otras patologías que sí requieran un tratamiento específico. Por tanto, es imprescindible el seguimiento individualizado de los niños enfermos por parte de su pediatra de Atención Primaria. Aunque a veces puede bastar con una consulta telefónica, hay determinados casos en los que una consulta presen-

cial es imprescindible. El pediatra aconsejará a los padres sobre cómo actuar en cada caso con el fin de lograr la mejor atención del niño. Hay que tener en cuenta que lo más importante es el estado general del paciente. La fiebre por sí misma es solamente un síntoma y no se suele correlacionar con la gravedad de la enfermedad. Por este motivo, debemos fijarnos en otros detalles como el estado general, si se encuentra contento y activo entre los picos febriles o si mantiene una ingesta adecuada de líquidos y alimentos. Todos estos datos son valiosos para conocer la relevancia clínica y determinar la actuación más idónea. ¿Y qué pasa con las vacunas?

Es importante fomentar la vacunación habitual de los niños como elemento clave para reforzar su sistema inmune y prevenir algunas enfermedades. Actualmente se están retrasando vacunaciones en los mayores de 15 meses en Aragón debido a la situación epidemiológica; estos niños ya han completado la primovacuna y es posible demorar el resto de dosis, a diferencia de los niños menores a esa edad. Sin embargo, no hay que olvidar que las dosis de recuerdo también son necesarias, por lo que será pertinente retomar las pautas de vacunación de nuestros hijos y actualizar el calendario vacunal de aquellos que no se han podido vacunar en estos meses.



Coronavirus en niños, ¿qué pueden aprender emocionalmente?

María Vázquez Sánchez. Residente de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Cristina Genzor Ríos. Residente de Enfermería Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Mónica López Campos. FEA de Pediatría. Centro de Salud Amparo Poch. Zaragoza

Ana Valer Martínez. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

Carlos Fernández Lozano. Enfermero. Hospital General de la Defensa. Zaragoza

Nuestras vidas han dado un giro drástico en las últimas semanas a causa del Coronavirus. No solamente se ha convertido en una odisea en el ámbito sanitario, sino que cada día encontramos más familias afectadas emocionalmente debido a los cambios cotidianos que han ocasionado las medidas de confinamiento.

La felicidad es un concepto subjetivo que habita dentro de nosotros y que depende, en gran medida, de nuestros valores y del contexto social en el que nos hallamos. En este caso, observamos que hay situaciones que no podemos controlar, pero nuestros actos sí que están en nuestra mano y nuestra predisposición optimista puede incrementar el bienestar de los que nos rodean.

Las vivencias infantiles son muy importantes para construir las bases de la personalidad de los niños y la interpretación que hagan sobre lo acontecido será la que quedará grabada en su memoria. Los niños pueden ser un colectivo especialmente vulnerable al confinamiento y los adultos somos también responsables de que, con el tiempo, no rememoren estos sucesos de forma traumática.

¿Qué tipo de cambios positivos hemos vivido?

- Teletrabajo y «telecolegio» como nuevas formas de concebir el mundo laboral y educativo.
- Ejercicio físico a domicilio: Muchos han aprovechado para incrementar su actividad física a pesar de haber reducido considerablemente el espacio físico para llevarla a cabo. Las opciones son muy variadas y muchos

profesionales han hecho llegar sus rutinas de ejercicio a numerosos hogares.

- Ocio: hemos retomado hobbies que habíamos relegado a un segundo plano. Actividades como la música, el cine, la lectura, la pintura, la cocina, la jardinería han conseguido en muchos casos distanciarnos de otras obligaciones que considerábamos impuestas.
- Relaciones interpersonales: los lazos entre padres y niños se han visto reforzados gracias al tiempo dedicado juntos. Por otro lado, las nuevas tecnologías han logrado mantener el contacto con aquellos seres queridos con los que no convivimos.

¿Qué podemos enseñar a nuestros hijos?

1. **Adaptación al cambio:** El ser humano tiene tendencia al control y la organización,



pero esto no siempre es posible. El mundo está vivo. No estamos preparados para actuar ante determinadas situaciones novedosas, por lo que hay que enseñarles a que el cambio no siempre es malo y debemos adaptarnos para sacar provecho de ello.

2. Valores humanos: Es un buen momento para asentar unas bases éticas sólidas que les acompañen a lo largo de su vida. La justicia social o la igualdad entre seres humanos son valores importantes en este momento. Este tipo de situaciones críticas nos hace reflexionar sobre la semejanza entre unos y otros. El Coronavirus no entiende de banderas, de riqueza, de razas ni fronteras. Este virus nos puede afectar a todos indiscriminadamente.

3. La importancia de las personas y de la vida: El alejamiento de familiares y amigos ha favorecido que los niños valoren más las relaciones sociales y que se sientan agradecidos de contar con tantos seres queridos. En este sentido, podemos incentivar la idea de que lo realmente importante en nuestras vidas son las personas, ya que lo material no es esencial y se puede sustituir, mientras que las personas son únicas e irremplazables.

4. Preocupación por los demás: Muchas familias están viviendo situaciones complicadas, por lo que es un buen momento para

pensar en los que nos rodean y no sólo de forma individual.

5. Bases de autonomía y autoconfianza: En algunas familias, los niños han comenzado a realizar algunas tareas domésticas simples y se han reforzado estos valores mediante la asignación de pequeñas responsabilidades en el hogar. En estos casos, es vital continuar fortaleciendo sus habilidades.

6. El significado de las pequeñas cosas: Las felicitaciones en el balcón con fiesta de globos improvisada en tu cumpleaños, ver al vecino tocando el violín para alegrarte la tarde o cocinar una tarta casera en el Día de la Madre, son sólo algunos ejemplos de los grandes detalles que se han vivido. Éstos pueden convertir un día monótono en una experiencia que merezca la pena guardar en la retina.

7. Lucha contra las adversidades: En algunas familias el Coronavirus ha impactado de forma directa, bien por la pérdida de un ser querido, por una crítica situación de salud, por la aparición de dificultades económicas o por diferentes efectos colaterales. El dolor y los sentimientos son difíciles de manejar pero forman parte de nuestro ser; exteriorizarlos puede hacernos sentir mejor. El apoyo emocional entre familiares y amigos suele presentarse como un elemento clave en estos casos.

Es conveniente explicarle al niño la situación para que se sienta participe de ella, siempre adaptándonos a su edad y a su nivel de comprensión, evitando información o imágenes innecesarias. De este modo, ellos aprenden también a gestionar mejor sus sentimientos y se sienten reconfortados por el consuelo de los más cercanos.

Conclusiones

El Coronavirus ha cambiado nuestra forma de percibir la realidad en muchos aspectos. También es así para los niños, por lo que hemos de intentar que prevalezca todo aquello que han aprendido en este tiempo. Esta experiencia les puede hacer crecer emocionalmente o puede perjudicarles y, en gran medida, los adultos somos una influencia para ellos. Es un buen momento para hacer hincapié en el valor de las personas y dejar a un lado lo material. Ante sus logros, es útil el refuerzo positivo para motivarles a seguir trabajando, felicitarles y recordarles todas las cosas buenas que van aprendiendo. Por último, es también importante acompañarlos en su frustración y ayudarles a gestionarla; el ser humano no puede tener todo bajo control y debemos intentar adaptarnos a nuevas situaciones.



MERRELL

BOREAL

HH[®]
HellyHansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



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

www.lapuertaverdepanticosa.com