

SUMARIO

- 2 Tipos de ayudas visuales en Baja Visión
- 3 Oxígeno ante las secuelas del coronavirus
- 4 Picaduras de garrapatas: qué enfermedades transmiten y cómo prevenirlas
- 6 Tengo dificultad respiratoria
- 7 Información médica a los familiares de un paciente con COVID 19
- 8 Fisioterapia en la EPOC
- 10 Programa de cribado del cáncer de cérvix en Aragón
- 11 Neumotórax
- 12 Beneficios de la marcha nórdica...
- 13 Alimentando nuestra ansiedad
- 14 Las picaduras más frecuentes en niños
- 15 Quiero quedarme embarazada, pero tengo una colostomía...
- 16 Celiaquía...
- 17 Hipertension y obesidad...
- 18 Alternativas no farmacológicas para aliviar el dolor del parto
- 19 Manejo de los dilatadores de Hegar...
- 20 La puerta verde de Panticosa



EJEMPLAR GRATUITO

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



*Disfrutar con
Responsabilidad*

Tipos de ayudas visuales 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 | 618 701 844 (Ángel y Silvia)
#retinosispimentaria #retinitispigmentaria #filtrosdebajavision

**YANGUAS
ÓPTICOS**

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

Baja Visión es la condición visual que padece una persona con reducción importante de su visión, que no mejora con gafas convencionales, lentes de contacto e incluso acertados tratamientos médicos, farmacológicos y quirúrgicos.

Estos pacientes tienen dificultades para realizar tareas de la vida cotidiana, estudiar, ver la pizarra, leer, ver TV, ver las caras de las personas etc. y en función de la patología tendrán problemas para desplazarse, coger un autobús, ir a un centro comercial y otras actividades.



Esta pérdida de visión puede tener su origen en diferentes enfermedades, como la DMAE (degeneración macular asociada a la edad), Retinopatía Diabética, Glaucoma, Miopía Magna... y en enfermedades causadas por mutaciones de genes, las Distrofias Hereditarias de la Retina (DHR), como la Retinosis Pigmentaria y Stargardt entre otras, con el impacto psicológico que supone para el paciente joven y sus familiares.

Una vez que el paciente ha sido diagnosticado y tratado por su oftalmólogo, se puede beneficiar del uso de ayudas para Baja Visión. Es muy importante el estado psicológico del paciente para poder empezar la Rehabilitación Visual.

YANGUAS ÓPTICOS somos un centro especializado en Baja Visión. Realizamos al paciente un examen específico, evaluamos la ayuda óptica que puede potenciar el resto visual que tenga y mejoramos su calidad de vida. Es importante que sepa que no ha perdido la totalidad de su visión y que si tiene un resto

visual acuda a un Optometrista Especialista en Baja Visión.

En enfermedades con defecto en la línea de mirada, como la DMAE y la Stargardt, las ayudas visuales de Baja Visión tienen que conseguir que el tamaño de la letra sea mayor que el escotoma (zona de no visión) que percibe el paciente. Para ello, le calculamos los aumentos necesarios y le rehabilitamos visualmente para otra posición de mirada "ver sin mirar". Las ayudas visuales en gafa, se llaman microscopios o telemicroscopios, son magnificadores de imagen, a modo lupa pero insertadas en gafa, le permiten al paciente tener las manos libres.



En **YANGUAS ÓPTICOS**, prescribimos microscopios para cerca con luz incorporada, aportan mayor contraste y de esta forma el paciente percibe mejor la lectura.

Para pacientes que necesitan grandes aumentos, recomendamos las ayudas electrónicas de aumento y contraste variable. Es muy importante enseñar a utilizarlas para que la adaptación sea un éxito. Las hay portátiles y fijas, y si la enfermedad progresa, se puede cambiar el aumento para que el paciente pueda leer.



Otra ayuda para pacientes jóvenes es Acesigt, se trata de un casco con una cámara que consigue realidad aumentada, para lejos y para cerca, es una ayuda de baja visión que necesita entrenamiento visual.

<https://www.youtube.com/watch?v=rduYdcU2T0>
En este enlace os explicamos como funciona.



Para pacientes con reducción de campo visual como el glaucoma o la Retinosis Pigmentaria, en **YANGUAS ÓPTICOS** le podemos ayudar ya que somos un centro optométrico Retiplus. Ayuda visual inteligente que amplía el campo visual. Se trata de unas smartglasses, que alejan el objeto consiguiendo mayor zona de visión.

<https://www.youtube.com/watch?v=THnzyavCml8>
Os animamos a ver como funciona Retiplus en este video, explicado por los optometristas de Yanguas Ópticos.



La persona con Baja Visión no debe renunciar a las actividades habituales de su vida diaria, en **YANGUAS ÓPTICOS** le prescribiremos su mejor ayuda visual.

Oxígeno ante las secuelas del coronavirus

Meses después de la emergencia sanitaria del Covid-19, se ha confirmado el contagio de más de 20 millones de personas y se considera que alrededor de 12 millones se han “recuperado”. Pero... ¿se han curado al 100%? La respuesta es no. A día de hoy, hay pacientes que tienen secuelas tras haber superado el coronavirus.

Según la Organización Mundial de la Salud, la COVID 19 es una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus recientemente descubierto que ha dejado por medio un océano de ideas con el fin de buscar el mejor tratamiento para combatir el SARS-COV-2. En España seguimos unas directrices del Gobierno Central para la aplicación óptima del tratamiento, que han demostrado la mayor efectividad. A finales de febrero, el

Dr. Zhong Yangling, director de la Unidad de Medicina Hiperbárica en el Yangtze River Shipping General Hospital en Wuhan, describió **5 casos de infección pulmonar grave por COVID-19 que mejoraron gracias al tratamiento con oxigenación.**

Cómo actúa el Covid-19

De acuerdo con diversos informes clínicos y los hallazgos anatómicos y patológicos, la hipoxemia progresiva es la principal causa de deterioro en pacientes con COVID-19. Existen varias teorías del origen de dicha hipoxemia pero aún hay muchas incógnitas sobre cómo causa el coronavirus hipoxia. El SARS-CoV-2 invade uniéndose a las “puntas” en su superficie viral a la proteína receptora de la Enzima Convertidora de Angiotensina 2 (o ECA2), que se encuentra sobre la célula y que abunda en los pulmones y sus alvéolos. Cuando el germen se establece en suficientes células, la batalla subsiguiente entre la respuesta inmunitaria del cuerpo y el virus provoca un torrente de daños como por ejemplo inflamación de los tejidos que rodean los alvéolos disminuyendo la difusión de oxígeno al torrente sanguíneo. Otra teoría es que esto desencadena en una microtrombosis que generaría una alteración en la difusión de oxígeno.

De acuerdo con esto, la **oxigenación hiperbárica** se ha postulado en los estudios realizados internalizados como un **tratamiento coadyuvante** para los pacientes con infección severa por SARS-COV2. Sin embargo, los pacientes que han pasado y se han recuperado de una infección no grave por coronavirus a

menudo, experimentan síntomas como por ejemplo sensación de falta de aire, cansancio, dolor y debilidad muscular, hiperglucemia, neumonía severa, problemas cardiovasculares e insuficiencia renal, anemia severa, entre otras secuelas.

Tratamiento Post-Covid

Actualmente en España el tratamiento con OHB no está indicado en pacientes con COVID-19, sin embargo, **la oxigenación hiperbárica puede ser beneficioso como terapia complementaria en pacientes con síntomas persistentes tras haber sido dados de alta por una infección por COVID-19**, ya que esos efectos coinciden con enfermedades que ya tratamos en el centro. El equipo clínico apunta que uno de los principales problemas es la gran inflamación que causa el Covid-19 ya que hace que haya una disminución de aporte de oxígeno en los tejidos. La cámara hiperbárica aumenta hasta 40 veces más el oxígeno que transporta en condiciones normales, y por ello, tiene un potente efecto antiinflamatorio y regenerador sobre el sistema muscular óseo y neurológico. **Los expertos en medicina hiperbárica apuntan que la oxigenación cumple un papel importante dentro de los tratamientos con una mayor efectividad.**

Si ha padecido COVID-19 y presenta síntomas residuales, póngase en contacto con Oxien -Medicina Hiperbárica- ya que contamos con protocolos y medidas de seguridad para brindarle la mejor atención bajo los máximos estándares científicos.

MEDICINA HIPERBÁRICA

- Vascular
- Recuperación muscular
- Oncología y radioterapia

Cistitis rádica
Osteonecrosis mandibular...

FISIOTERAPIA Y OSTEOPATÍA

- Embarazadas y bebés
- Lesiones deportivas
- Disfunción cráneo-mandibular

OXIEN
REHABILITACIÓN HIPERBÁRICA A TU ALCANCE



Picaduras de garrapatas: qué enfermedades transmiten y cómo prevenirlas

*Patricia Arbués Espinosa. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S Delicias Norte. Zaragoza.
Pablo Villagrasa Boli y Juan Monte Serrano. Residentes de Dermatología. Hospital Clínico Universitario
Lozano Blesa. Zaragoza*

La mayoría de las picaduras de garrapatas ocurren en los meses cálidos y en espacios abiertos, y -aunque la mayoría son indoloras y sólo causan signos y síntomas menores-, algunas de ellas pueden transmitir enfermedades como la enfermedad de Lyme, la fiebre botonosa mediterránea o el Tibola que pueden causar varios problemas de salud. No obstante, si se diagnostican correctamente y se instaure el tratamiento adecuado, se pueden curar rápidamente y por completo.

¿Qué insecto es la garrapata?

La garrapata es un parásito externo que se alimenta de la sangre de otros animales (hematófago). Se trata de un tipo de artrópodo mediano perteneciente a la familia de los arácnidos. Se conocen unos 850 tipos distintos de garrapatas. En Europa, son uno de los transmisores de enfermedades más frecuentes en el ser humano.

¿Cuándo y dónde hay más riesgo de que piquen?

La época en la que existe mayor riesgo de picadura es en los meses cálidos de mayo a octubre y tienden a hacerlo durante el día.

Estos parásitos suelen encontrarse en zonas de bosque, de hierbas altas, aferradas a las ramas, arbustos o maleza espesa y utilizan sus patas, que terminan a modo de pequeño garfio, para adherirse preferentemente a zonas pilosas del cuerpo. También pueden estar adheridas a otros animales, como los perros, por lo que es recomendable revisar el pelaje de las mascotas tras estancias en el campo o medio rural en busca de estos parásitos.

¿Cómo se produce la picadura?

Las garrapatas suelen permanecer agazapadas entre los arbustos a la espera de que pase un posible huésped sobre el que aferrarse. Al contrario de lo que a menudo se piensa, no lo hacen saltando ni volando, sino que suelen adherirse al paso del animal o persona, aunque también pueden desplazarse por el suelo hasta llegar a ellos. Una vez sobre él, buscan los lugares calientes y húmedos de su cuerpo como la parte posterior de las piernas, las axilas, la espalda, las nalgas o detrás de las orejas. También pueden picar en el cuero cabelludo. Al ser zonas de más difícil acceso visual para uno mismo, puede ser necesario pedir ayuda o utilizar un espejo para controlar todas las regiones del cuerpo.

¿Cuáles son los síntomas de la picadura de garrapata?

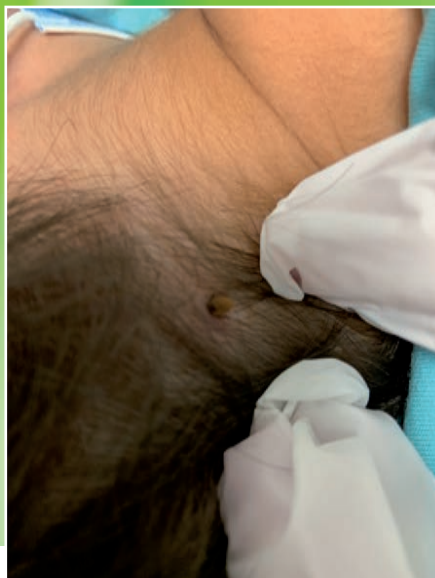
Los síntomas y manifestaciones clínicas varían, pero de forma general son asintomáticas e indoloras y solo causan signos y síntomas menores como enrojecimiento, hinchazón o picor local. Por este motivo, muchas picaduras pueden pasar desapercibidas inicialmente y solo ser detectables mediante la auto-exploración.

¿Qué consecuencias puede tener la picadura de una garrapata?

La mayoría de las picaduras de garrapata solo causan síntomas leves como picor o dolor leve en la zona de la mordedura. Sin embargo, aunque solo ocurre en un pequeño porcentaje de casos en España, existe la posibilidad de que la picadura de estos arácnidos transmita enfermedades como la fiebre botonosa mediterránea, la enfermedad de Lyme o el Tibola, entre otras. Los síntomas de algunas de estas enfermedades pueden llegar a ser graves si no se tratan adecuadamente, ocasionando trastornos neurológicos, cardíacos o articulares. Afortunadamente, todas ellas suelen detectarse en etapas incipientes o precoces, por lo que el tratamiento de las mismas es habitualmente sencillo y efectivo y la mayoría de las personas acaban recuperándose por completo.



FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA.
EXANTEMA Y MANCHA NEGRA EN COSTADO IZQUIERDO



GARRAPATA (IXODES RICINUS) ADHERIDA AL CUERO
CABELLUDO, MODERADAMENTE ALIMENTADA



REACCIÓN INFLAMATORIA INESPECÍFICA POST-PICADURA

¿Cuál es el tratamiento?

El tratamiento de una picadura de garrapata no complicada incluye medidas locales como aplicar cremas con corticoides o enfriar la zona de la picadura con hielo de manera periódica para disminuir la inflamación. En ocasiones, se pueden utilizar cremas con antibióticos para evitar la sobreinfección de la picadura por parte de las bacterias que viven en nuestra piel de manera habitual.

En cambio, para tratar las enfermedades propiamente transmitidas por garrapatas, como la fiebre botonosa mediterránea, enfermedad de Lyme o Tibola, los fármacos de elección son los antibióticos de la clase tetraciclinas, siendo la doxiciclina la más utilizada.

¿Qué hacer en caso de picadura?

Si nos damos cuenta de que nos ha picado una garrapata, es primordial extraerla lo antes posible puesto que, cuanto más tiempo pasa, mayor es la probabilidad de transmisión de enfermedades. El parásito se debe extraer por completo usando unas pinzas de punta fina y traccionando suavemente hacia arriba desde la cabeza, que está en contacto con la piel. No se debe girar ni retorcer la pinza. Hay que intentar no tirar del cuerpo ni aplastarla con los dedos, ya que de este modo es posible que su contenido acabe siendo regurgitado a través del punto por el que se adhiere a la piel e introducido en el organismo, incrementando así las posibilidades de infección. Tras la reti-

rada del arácnido, es importante comprobar que ésta se ha realizado por completo y que no quedan restos del mismo introducidos en la piel. En estos casos, es posible que sea necesario acudir al médico y retirar los fragmentos restantes bajo anestesia local.

No se han de usar remedios o productos caseros, como vaselina, esmalte de uñas, alcohol o aceite, ni recurrir a la obstrucción para intentar separar la garrapata. Estos métodos pueden provocar que el parásito se contraiga y regurgite dentro de la piel el material presente en su tubo digestivo y más microorganismos patógenos en caso de ser portador de estos últimos.

Tras extraer la garrapata, hay que limpiar el área con agua y jabón y aplicar un antiséptico. Luego hay que lavarse bien las manos con agua y jabón. Es de gran utilidad conservar en algún recipiente al arácnido extraído, ya que en el caso de que la persona afectada desarrolle síntomas o complicaciones, podría identificarse en el laboratorio y detectar si es portador de alguna enfermedad.

¿A qué síntomas tenemos que estar atentos tras una picadura?

Además de buscar posibles zonas enrojecidas, hinchadas o sarpullidos en el sitio de la picadura, en las cuatro semanas siguientes debemos mantenernos alerta a signos y síntomas como:

- Dolor intenso en la zona de las picaduras que se prolonga varias semanas.
- Fiebre.
- Dolores articulares o musculares.
- Zonas de alopecia no presentes previamente.
- Rigidez en el cuello.
- Dolor de cabeza.
- Debilidad.
- Inflamación de los ganglios linfáticos.
- Síntomas similares a los de la gripe.
- Náuseas, vómitos y diarrea.
- Movimientos descoordinados.

¿Cómo evitarlas?

Cuando practicamos actividades al aire libre en zonas de riesgo, podemos tomar algunas precauciones que reducirán el riesgo de picadura de garrapata:

- Caminar por el centro de los senderos, evitando los paseos entre arbustos o vegetación alta, así como sentarte en zonas con mucha vegetación.
- Usar ropa de colores claros.
- Llevar calcetines largos y mangas y pantalones largos.
- Utilizar calzado cerrado.
- Evitar zonas infestadas con garrapatas.
- Aplicar un repelente adecuado con DEET si se aplica sobre la piel o permetrina, si se aplica sobre la ropa.
- Inspeccionar la piel, ropa y mascotas tras la excursión.

Tengo dificultad respiratoria

¿Debo preocuparme?



Lucía Rivarés Garasa, Ana Belén Mongio Pardo y Nieves Otín Guarga.

Enfermeras de Especialidades Médicas. H.G. San Jorge. Huesca

Esmeralda Lobera Salvatierra. *Enfermera de Urgencias. H.G. San Jorge. Huesca*

Óscar Sambía Novellón. *Enfermero de Especialidades Médicas. H.G. San Jorge. Huesca*

La sensación de falta de aire, lo que en medicina se denomina disnea, es la sensación desagradable de tener dificultad respiratoria. Las personas experimentan y describen la falta de aire de manera diferente dependiendo de la causa.

Durante el ejercicio o a gran altitud es normal que se produzca un aumento en la frecuencia y la profundidad de las respiraciones, pero dicho aumento rara vez resulta molesto. La frecuencia respiratoria también aumenta durante el reposo como consecuencia de muchos trastornos, ya sean de los pulmones o en otras partes del organismo. Por ejemplo, cuando las personas tienen fiebre respiran más rápido. La respiración acelerada en una persona con disnea suele acompañarse de una sensación de ahogo. La persona tiene la sensación de ser incapaz de respirar con suficiente rapidez o profundidad. Puede notar que necesita más esfuerzo para expandir el tórax al respirar o para expulsar el aire al exhalar. También puede tener la incómoda sensación de que necesita urgentemente inhalar (inspiración) antes de terminar de exhalar (expiración), o puede tener diversas sensaciones a menudo descritas como opresión en el pecho.

Pueden existir otros síntomas, como [tos](#) o [dolor torácico](#), dependiendo de la causa de la disnea.

Causas

La disnea generalmente está causada por enfermedades pulmonares o del corazón. Las causas más comunes son: **Asma**. **Neumonía**. **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)**. **Infarto cardíaco o angina** (dolor torácico debido al flujo inadecuado de sangre y oxígeno al corazón). **Desacondicionamiento físico** (debilidad de los músculos y del corazón debido a la inactividad) y la **embolia pulmonar** (bloqueo repentino de una arteria del pulmón, por lo

general por un coágulo de sangre) es una causa menos frecuente pero grave.

La disnea puede ser consecuencia de:

1• Trastornos pulmonares restrictivos.

2• Trastornos pulmonares obstructivos.

1. En los **trastornos pulmonares restrictivos** (como la fibrosis pulmonar) los pulmones pierden elasticidad y es necesario un mayor esfuerzo para dilatarse durante la inspiración.

2. En los **trastornos obstructivos** (como en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica "EPOC" o el asma), la resistencia al flujo del aire aumenta debido al estrechamiento de las vías respiratorias. Las vías respiratorias se dilatan durante la inspiración, entrando el aire. El problema viene cuando las vías respiratorias se estrechan en la espiración, el aire no puede salir de los pulmones a la velocidad normal y la respiración se vuelve sibilante y dificultosa. Cuando queda mucho aire atrapado en los pulmones después de la espiración, se produce disnea.

Las personas con asma tienen disnea cuando tienen una crisis. Generalmente, se recomienda a estos pacientes que tengan un inhalador a mano para usar durante la crisis. El medicamento que contiene el inhalador ayuda a abrir las vías aéreas.



Otras patologías como la insuficiencia cardíaca, anemia, acumulación de ácido láctico en sangre... producen también dificultad en el trabajo respiratorio.

El **síndrome de hiperventilación**, bastante frecuente en la sociedad actual, produce en el sujeto una sensación de no entrar suficiente

aire y respira de manera intensa y rápida. Suele estar producido por ansiedad más que por un trastorno físico.

Muchos de los que experimentan este síndrome se alarman, pueden presentar dolor torácico y por ello creer que sufren un infarto de miocardio. La persona afectada puede sufrir una alteración de la consciencia, un pequeño mareo y también puede experimentar un hormigueo en las manos, en los pies y alrededor de la boca.



¿Cuándo preocuparme?

Signos de alarma:

- Dificultad respiratoria en reposo
- Disminución del nivel de consciencia, agitación o confusión
- Molestia en el pecho o sensación de que el corazón está latiendo muy rápido o con latidos irregulares (palpitaciones)

Necesidad de atención médica:

Los pacientes con dificultad respiratoria en reposo, dolor torácico, palpitaciones, disminución del nivel de consciencia, agitación, confusión o que tienen dificultad para mover el aire dentro y fuera de los pulmones, necesitan atención médica de inmediato. Pueden necesitar de forma urgente pruebas diagnósticas, tratamiento, y a veces su ingreso hospitalario. En otras ocasiones basta con llamar al médico. En función de la naturaleza y la gravedad de los síntomas, la edad, y cualquier trastorno subyacente, el médico indicará la mejor actuación posible.



Información médica

a los familiares de un paciente con COVID 19 ingresado en la UCI

Maria Fuster Cabré y Miriam Ruiz de la Cuesta López. Adjuntas de Medicina Intensiva del Hospital San Pedro de Logroño. Lucía Vilella Llop, Helena Camino Ferró e Isabel Mainar Gil. MIR de Medicina Intensiva del Hospital San Pedro de Logroño. Guillermo Samuel Loscertales Vacas. MIR Neumología Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Santiago Ezquerro Sáenz. Adjunto de Urología del Hospital San Pedro de Logroño

La transmisión adecuada de información a los familiares de un paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos es una de las tareas más importantes a las que nos debemos enfrentar a diario los médicos y hemos de asegurarnos de que se transmite de una manera adecuada, con buen entendimiento y empatía.

Definimos mala noticia como aquella que afecta de manera drástica y negativamente la propia perspectiva futura del paciente y que ha de comunicarse por nuestra parte tanto a ellos si es posible como a sus familiares.

La situación de pandemia mundial que hemos vivido este último año y medio añade un problema más: la distancia.

En las épocas de máxima incidencia los familiares se han visto envueltos en situaciones de gran carga emocional no solo por la gravedad en la que se encontraban sus allegados sino por la imposibilidad de poder verlos día a día, lo que aumenta la incertidumbre y dificulta en gran medida el entendimiento de la situación. Por ello este escrito pretende dejar unas pautas claras a la hora de transmitir la información en esta circunstancia tan especial en la que los intensivistas nos hemos visto envueltos.

El primer contacto con la familia es difícil ya que se encuentran en una situación de un alto nivel de estrés emocional que en algunas ocasiones no les permite comprender los sucesos. Lo más importantes por nuestra parte es asegurarnos de que hemos sido capaces de hacerles entender el motivo por el cual ha ingresado en la unidad.

Desde el primer momento y a lo largo del ingreso surgen una gran cantidad de dudas que hemos de despejar para tranquilidad de los familiares. Hemos de recordar que en muchas ocasiones no van a poder verlos y toda la información que reciben viene de nosotros, por ello es tan adecuado que seamos capaces de transmitirla de manera sencilla y entendible.

¿Por qué intubamos a un paciente?

Es importante no solo contar la situación actual del paciente sino la sucesión de hechos que nos ha llevado a tomar una determinada decisión, en este caso la intubación.

Explicaremos con paciencia que previo a la intubación de un paciente con distrés respiratorio por COVID19 se ha intentado solventar la situación con otros dispositivos de aporte de oxígeno, y que progresivamente la necesidad de oxígeno ha ido siendo cada vez más alta, y que el siguiente escalón terapéutico es ya la intubación.

¿Va a sufrir? ¿Se va a estresar?

Evidentemente algo que siempre nos preocupa es el sufrimiento de nuestros seres queridos. No, el paciente no va a sufrir, es importante dejar esto claro. Explicaremos detenidamente que previo a la intubación se administra medicación al paciente para que no sienta dolor y no esté consciente. Haremos hincapié en que es necesario sedar y relajar al paciente para que podamos iniciar la ventilación mecánica.

¿Cuánto tiempo va a permanecer en estas condiciones?

Esta pregunta es complicada ya que por nuestra parte no es posible dar un plazo, les explicaremos que es un proceso muy progresivo y se retirará cuando haya mejorado la función pulmonar. Por ello es importante dar información diaria, ya que, aunque de un día para otro no suelen producirse grandes cambios, ayuda al entendimiento.

¿Qué significa el decúbito prono?

En el primer contacto con la familia abordaremos este tema para avisarles de la técnica en caso de que sea necesaria. Les explicaremos de manera sencilla que esta técnica consiste en colocar a los pacientes en esta posición de prono para ayudar a ventilar mejor los pulmones. Les diremos también que este cambio

posicional lo realizamos cuando el paciente persiste hipoxémico a pesar de haberlo conectado a ventilación mecánica.

¿Por qué lo hacemos?

El decúbito prono produce una redistribución de la ventilación hacia las zonas dorsales del pulmón que ayuda a mejorar la oxigenación. Gracias a este cambio posicional permitimos, entre otras cosas, un aumento en el intercambio gaseoso.

Dado que el paciente está sedado y relajado se necesitará un equipo de varias personas para llevar a cabo el cambio de posición. Esta posición es temporal y en algunas ocasiones se necesitan varios ciclos.

Una vez despejadas las dudas de los familiares les comentaremos que la ventilación mecánica es una técnica que empleamos en espera de que la inflamación pulmonar producida por el virus vaya bajando. Podemos decirles que no es un tratamiento como tal sino un soporte hasta que el cuerpo del propio paciente vaya venciendo dicha inflamación. Nuestra intención es mantener al paciente intubado y conectado al respirador el menor tiempo posible para evitar las complicaciones derivadas de la intubación prolongada, pero eso es algo que día a día vamos intentando.

Estas son las preguntas más comunes en el primer contacto con los familiares de un paciente ingresado en UCI por distrés respiratorio por neumonía COVID19. Como hemos comentado previamente la información diaria es de suma importancia ya que a lo largo de los días irán surgiendo nuevas dudas.

Calidez y empatía son dos palabras que no debemos olvidar a la hora de transmitir la información a personas que están en momentos de gran estrés emocional, en nuestras manos está que encuentren algo de tranquilidad en momentos tan difíciles.

Fisioterapia en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

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

La Guía española de la EPOC (GesEPOC) dice que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se caracteriza esencialmente por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible y asociada principalmente al humo de tabaco y que presenta agudizaciones y comorbilidad o enfermedades asociadas.

Es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable, que se produce cuando el parénquima y los vasos pulmonares se alteran de forma irreversible por sustancias nocivas o enfermedades. El espacio bronquial estará disminuido, bien por un engrosamiento de sus paredes o bien por la acumulación de secreciones. Como consecuencia a esta limitación del flujo espiratorio suele producirse un crecimiento progresivo del aire residual, o lo que se conoce como atrapamiento aéreo es decir, los alveolos no son capaces de vaciarse de manera efectiva.

Síntomas principales asociados a la EPOC

1. Disnea o fatiga progresiva, sobre todo durante la actividad física: Constituye el síntoma principal y por el que la mayoría de los

pacientes acuden a consulta, ya que genera mucha ansiedad y disminución de la calidad de vida.

2. Tos crónica: Frecuentemente es productiva y se da sobre todo por las mañanas. Si aumenta excesivamente puede derivar en bronquiectasias. Suele ser el primer síntoma que aparece en la EPOC. Puede ser temporal pero progresivamente se hace más constante.

3. Aumento de la mucosidad, expectoración: aunque no se manifiesta en todos los pacientes con EPOC hay que tenerlo en cuenta ya que en presencia de bacterias pueden complicar la situación y derivar en infecciones y exacerbaciones de la patología.

4. Otros: Limitación en el flujo aéreo, limitación en la tolerancia al ejercicio, afectación de la musculatura respiratoria y de las extremidades.

Factores de riesgo

• **El tabaco:** es considerado el principal factor de riesgo, siendo entre 9 y 10 veces superior en no fumadores, en la actualidad el 50% de los fumadores desarrollan la enfermedad. Pero también el tabaquismo pasivo ha aumentado los casos de EPOC y se considera un factor de riesgo.

• **Exposición ocupacional:** puede ser la causante de casi un 20% de los casos incluso de aquellos sin hábito tabáquico. Se habla de la exposición a minerales, al polvo o gases en ambientes cerrados.

• **Exposición a productos de combustión de biomasa en ambientes cerrados.** La quema en lugares cerrados de leña, carbón etc.

• **Contaminación atmosférica:** se considera un factor agravante y desencadenante de las exacerbaciones, pero no hay causa directa entre este factor y la EPOC.

• **Tuberculosis pulmonar:** varios estudios observan como los pacientes que han sufrido tuberculosis presentan obstrucción al flujo y entre 2 y 4 veces más riesgo de desarrollar EPOC.

• **Factores genéticos:** hablamos del enfisema por déficit de alfa-1 antitripsina como principal factor aunque depende de los fenotipos y de la combinación de otros factores como el tabaco.

Evaluación funcional de la EPOC y del sistema respiratorio

• **Espirometría forzada:** Es la prueba imprescindible para la confirmación, la valoración y el seguimiento de la enfermedad, ya que define la limitación al flujo aéreo.

• **Gasometría arterial:** Nos va a informar mediante los gases disueltos en sangre, sobre la concentración de iones de hidrógeno (PH), el oxígeno, el dióxido de carbono, la cantidad de hemoglobina y la cantidad de ion bicarbonato.

El índice BODE

Se define como un índice pronóstico de la EPOC. Está pensado para calcular el porcentaje de mortalidad en ese año en función de la calificación obtenida. Es importante por su fiabilidad diagnóstica en cuanto a la determinación de gravedad, predicción de agudizaciones y asociación ansiedad-depresión. Este índice va a valorar 4 aspectos distintos:

- **B (body):** estudiando el IMC (índice de masa corporal).
- **O (obstruction):** valorado en la espirometría.
- **D (disnea):** valoración subjetiva de la fatiga (escala de Borg).
- **E (ejercicio):** a través del Test de 6 minutos marcha. Consiste en hacer caminar al paciente durante 6 minutos la mayor distancia posible en un ambiente controlado, monitorizado y con su oxigenoterapia habitual. Se toman los valores de disnea, fatiga, pulso y saturación, antes de la prueba, durante y al final de la misma.

Tratamiento

El tratamiento actual es multidisciplinar y se incluye en los llamados Programas de Rehabilitación Respiratoria (PRR). La normativa SEPAR define la rehabilitación respiratoria, como "una intervención integral basada en una minuciosa evaluación del paciente, seguida de terapias que incluyen al entrenamiento muscular, la educación y los cambios en los hábitos de vida con el fin de mejorar la condición física y psicológica de las personas con enfermedad respiratoria crónica". La rehabilitación respiratoria tiene una alta evidencia en su eficacia para mejorar la dis-

nea y la tolerancia al ejercicio, disminuye la cantidad de ingresos y mejora el índice BODE, por tanto, mejora la calidad de vida de los pacientes. Actualmente suelen realizarla equipos multidisciplinares de médicos neumólogos y rehabilitadores, fisioterapia y enfermería, terapia ocupacional y psicología, todos ellos especializados en el sistema respiratorio. La duración que propone la normativa SEPAR es de 8 semanas y se destaca la importancia de un inicio precoz.

Estas medidas se dividen en los siguientes grandes grupos:

- **Medidas generales, educacionales.** los programas de educación deben contemplar los siguientes puntos: "La anatomía y la fisiología básicas del pulmón y la respiración, las características de la enfermedad y el manejo de los síntomas, los hábitos de vida saludable, los factores de riesgo, el tratamiento médico requerido, los síntomas de alarma, para poder prevenir y tratar de forma precoz las exacerbaciones, el conocimiento de las técnicas de ahorro de energía, el tratamiento de la posible comorbilidad, el conocimiento de los recursos de la comunidad y medios de contacto con el personal asistencial, la atención y la orientación en la toma de decisiones al final de la vida".

La primera de estas medidas y requisito para formar parte de estos programas, es la retirada del hábito del tabaco. La terapia contra el tabaquismo se realiza principalmente desde una perspectiva conductual y farmacológica. Otra medida importante es la vacunación antigripal, ya que evita una complicación de la patología y reduce la mortalidad.

- **Medidas farmacológicas:** El tratamiento suele consistir en la toma de broncodilatadores, corticoides inhalados.

- **Oxigenoterapia:** Se prescribe a aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria por

una presión parcial de oxígeno inferior a 55mmHG para mantener unos niveles de saturación tomados con el pulsioxímetro del 90%.

- **Rehabilitación Respiratoria:** Una de las principales consecuencias de la EPOC es la disminución de la capacidad para el ejercicio, llegando incluso a limitar actividades diarias como desplazarse caminando o subir pequeñas cuestas. El entrenamiento muscular de extremidades superiores e inferiores junto con los programas de ejercicio aeróbico mejoran la esperanza de vida de los pacientes y reducen las agudizaciones. Los ejercicios más empleados son la bicicleta estática, caminar al aire libre o la cinta rodante.

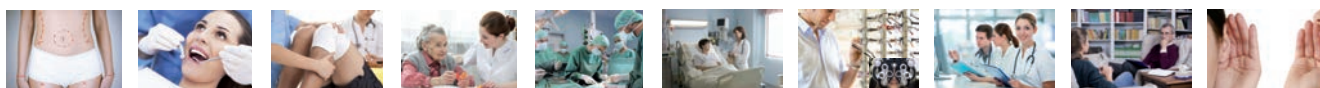
- **Técnicas respiratorias específicas de fisioterapia:** Son tres los grupos de técnicas que se indican para estos pacientes en el campo de la fisioterapia:

a) Técnicas de drenaje bronquial. Estas técnicas (manuales o instrumentales) están pensadas para eliminar el exceso de secreción bronquial que disminuye la luz de las vías aéreas e incrementa la obstrucción.

b) Técnicas de reeducación respiratoria. Son técnicas que consisten en reaprender el patrón respiratorio diafragmático. Suele añadirse la espiración con labios fruncidos para disminuir el riesgo de colapso de la vía aérea.

c) Técnicas de relajación. Sobre todo, indicadas en personas con problemas emocionales al gestionar las crisis, la sensación de disnea o hiperventilación por estados de nerviosismo o ansiedad.

La rehabilitación respiratoria ha demostrado tener efecto principalmente en la disnea, que es el síntoma que más incapacita a los pacientes de EPOC, también ha demostrado efectos positivos en el aspecto emocional de los pacientes y reduce la cantidad de hospitalizaciones.



Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas
puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web

Revista: 1 pág. interior = 200 €, 1/2 pág. = 150 €, 1 faldón 182 mm ancho x 60 alto = 100 € (Precios/Nº +IVA)

Web: Banner 230 píxeles ancho x 170 alto = 150 € en pág. Home y 100 € en pág. Aragón (Precios/Mes +IVA)

aragon@zonahospitalaria.com

Programa de cribado del cáncer de cérvix en Aragón

Blanca Marzal López, Marta Delgado Puente, Olga Rivas Calvete, Sonia Dieste Samitier, María Carmen Lasiera Betran, Lorenzo Oliván Guerri. Enfermeras. Hospital Universitario San Jorge. Huesca. Aurora Callau Calvo. FEA Anestesiología y Reanimación Hospital. Alcañiz. Helena Elfau Mur. MIR Oncología Médica Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. Jara Carrera Banzo. FEA Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario San Jorge. Huesca

El cáncer de cérvix es el tercero más frecuente entre las mujeres a nivel mundial. Se produce cuando las células del cuello del útero son infectadas por el Virus del Papiloma Humano o VPH (es una infección de transmisión sexual), en ocasiones se cura de forma espontánea y otras persiste pudiendo desarrollar un cáncer.

Los factores que favorecen la transmisión del VPH: el inicio precoz de las relaciones sexuales, tener o haber tenido diferentes parejas sexuales, no usar preservativos.

Medidas de prevención del cáncer del cuello de útero: vacuna, uso del preservativo y realizar pruebas de cribado.

En Aragón se crea el programa de detección precoz, que consiste en el cribado de mujeres sanas mediante una citología cervical, está demostrado que reduce la incidencia y mortalidad de dicho cáncer. La citología cervical es una prueba, que no es dolorosa, consiste en coger muestras de las células del cuello del útero para posteriormente ser analizadas.

Desarrollo del programa

Se incluyen a las mujeres comprendidas entre 25 y 65 años (no se hace distinción de las

vacunadas para el virus del papiloma humano, es decir, todas las mujeres de entre estas edades se incluyen).

La realización de toma de muestra será por la matrona de atención primaria del centro de salud al que se pertenece o por el servicio de ginecología, que servirá para citología o test de VPH (Virus del Papiloma Humano).

La prueba primaria e intervalo entre exploraciones es:

- **25 a 34 años:** citología cada 3 años si es negativa. Y si es positiva se confirmará con el test de VPH-AR.
- **35 a 65 años:** determinación VPH de alto riesgo (VPH-AR) cada 5 años si es negativa. Si es positiva se utilizara la citología para confirmar.

Las mujeres excluidas del programa de cáncer de cérvix son:

- **Mujeres menores de 25 años** o que no hayan iniciado relaciones sexuales.
- **Mujeres mayores de 65 años** finalizaran el cribado siempre que durante los 10 años previos el resultado haya sido negativo, y que no existan antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial o cáncer cervico-uterino.

Mujeres en situaciones especiales: mujeres con histerectomía previa (a las que se les ha quitado el útero), mujeres con antecedentes de lesión o lesiones y mujeres inmunodeprimidas. La captación de la población es oportunista, se encargan los médicos de familia y enfermeras de atención primaria aunque la responsable de la captación y la realización de la toma es la matrona de atención primaria. Se citará a la paciente en la consulta de la matrona con normas previas a seguir antes de la toma de muestra:

- Debe haber finalizado la menstruación al menos 4 a 5 días antes de la realización de la muestra, sino se debe anular por teléfono la citación. Es decir, se realiza durante el periodo intermenstrual.
- Abstención de relaciones sexuales en las 48h previas.
- No realizar lavados internos 24 horas antes de la prueba.
- No usar tratamientos tópicos en 5-7 días previos a la toma de la muestra.

Según los resultados de las muestras, si es negativo frente al VHP se realiza la revisión a los 3 años y si el test es positivo o presenta alguna lesión, se remite a la consulta de ginecología.

Neumotórax

Sandra García Sáez. FEA Neumología. Hospital San Jorge.

Elena Rivero Fernández. FEA Cardiología. Hospital San Jorge.

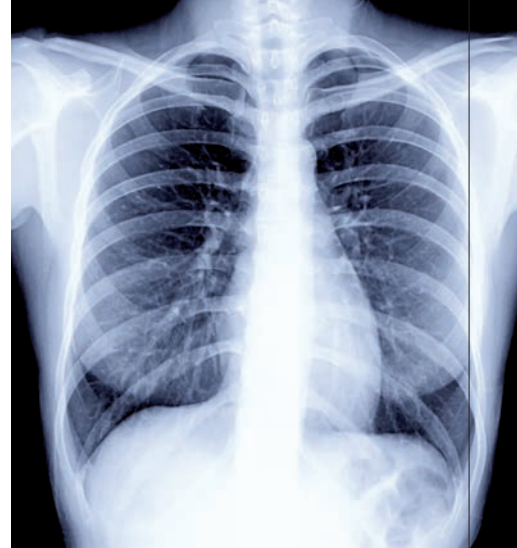
Alba Hernández García. FEA Oncología Hospital San Jorge.

Kattalin Aspuru Rubio. FEA Digestivo. Hospital San Jorge.

Dani Andrés García. FEA Medicina Interna. Hospital San Jorge.

Olga Rivas Calvete. Enfermera Unidad de Endoscopias. Hospital San Jorge.

Blanca Marzal Lopez. Enfermera Unidad de Endoscopias. Hospital San Jorge



El neumotórax se define como la presencia de aire en el espacio pleural, entre la cavidad torácica y el pulmón.

Dependiendo de la etiología lo podemos clasificar en:

- **Neumotórax espontáneo:** Primario cuando no hay signos de enfermedad pulmonar o secundario cuando existe una neumopatía de base, como por ejemplo los pacientes con enfisema.

- **Neumotórax adquirido:** que puede ser traumático o iatrogénico

- **Neumotórax espontáneo primario:** se produce por la rotura de un espacio lleno de aire situado debajo de la pleura visceral. De forma típica aparece en varones jóvenes, altos, delgados y fumadores. Su prevalencia varía entre 10 y 25 casos / 100.000 habitantes. Puede aparecer en reposo y en el ejercicio, y suele resolverse con reposo y oxigenoterapia o colocación de drenaje pleural. Tras un segundo episodio, la probabilidad de recidiva asciende hasta el 60 %, por lo que debe remitirse a Cirugía Torácica para valoración de tratamiento quirúrgico.

- **Neumotórax espontáneo secundario:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la patología que más frecuentemente se asocia con neumotórax espontáneo secundario, aunque cualquier alteración pulmonar puede provocarlo: infecciones necro-

zantes, neumopatías intersticiales, neoplasias pulmonares... El neumotórax secundario suele producir fugas aéreas prolongadas, precisando drenaje pleural durante periodos más largos.

- **Neumotórax iatrogénico:** Está causado por distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que invaden la cavidad torácica, como toracocentesis, colocación de vías centrales, biopsias transbronquiales, colocación de marcapasos, etc

- **Neumotórax traumático:** tanto las heridas penetrantes (traumatismo abierto) como las contusiones pulmonares (traumatismo cerrado) puede producir una lesión de este tipo.

Clínica

La clínica depende de la cantidad de aire que se sitúa entre la pleura y el pulmón, la velocidad con la que se ha producido esa entrada de aire y la situación clínica previa del paciente. De forma típica aparece dolor torácico pleurítico que aumenta con la inspiración, tos no productiva, disnea o sensación de falta de aire en grado variable y taquicardia.

Diagnóstico

La radiografía de tórax posteroanterior en espiración forzada es la prueba estándar para confirmar el diagnóstico. Radiológicamente se puede distinguir entre neumotórax parcial, cuando la separación entre pulmón y cavidad torácica afecta solo a una zona del hemitórax, soliendo aparecer en la parte apical; o neu-

motórax completo, cuando el despegamiento entre pared torácica y pulmón aparece desde el vértice hasta la base pulmonar.

Tratamiento

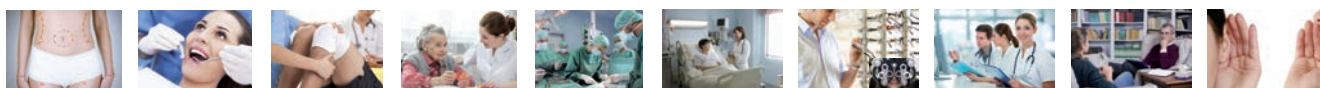
El tratamiento de esta patología depende del tipo (primario o secundario), de la magnitud del neumotórax y de la situación respiratoria del paciente.

En el caso del neumotórax espontáneo primario, si el neumotórax es apical, el tratamiento es observación, reposo relativo y oxigenoterapia en gafas nasales a 2-3 litros por minuto.

En el neumotórax espontáneo secundario a patología pulmonar, el neumotórax completo y en la mayoría de casos de neumotórax iatrogénico, se precisa la colocación de un drenaje torácico que permite la salida de aire acumulado en el espacio pleural. Este drenaje torácico debe mantenerse hasta que se produzca reexpansión pulmonar comprobada mediante radiografía de tórax de control.

Existen algunos casos en los que los pacientes deben ser remitidos a una unidad de Cirugía Torácica para valoración de intervención quirúrgica. Las indicaciones son las siguientes:

1. Ausencia de resolución del neumotórax tras 5 días de drenaje torácico.
2. Segundo episodio de neumotórax espontáneo en el mismo hemitórax.
3. Primer episodio de neumotórax que afecte al lado contralesional.
4. Neumotórax bilateral simultáneo.



Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas puedes anunciarte en *zona hospitalaria aragón* revista y web

Revista: 1 pág. interior = 200 €, 1/2 pág. = 150 €, 1 faldón 182 mm ancho x 60 alto = 100 € (Precios/Nº +IVA)

Web: Banner 230 píxeles ancho x 170 alto = 150 € en pág. Home y 100 € en pág. Aragón (Precios/Mes +IVA)

aragon@zonahospitalaria.com

Beneficios de la marcha nórdica en la salud cardiovascular en los pacientes con cardiopatía

Daniel Grados Saso.

Médico Hospital de Barbastro. Cardiología.

Ana María Martínez Royo.

Enfermera Hospital de Barbastro. Urgencias.

Cristina Latre Saso.

Médico Hospital de Barbastro. Anestesiología

La marcha o caminata Nórdica es una modalidad de ejercicio que se originó en los países del norte de Europa (Noruega y Finlandia) en los años treinta del pasado siglo, derivada del entrenamiento durante los meses de verano y otoño de los esquiadores de fondo. Se utilizan unos bastones parecidos a los del esquí para caminar, que sirven de ayuda e impulso para avanzar. Se puede adaptar a todas las edades y a todo tipo de personas, incluidas aquellas con patologías cardíacas.

Las guías de la sociedad europea de Cardiología recomiendan realizar de 30 a 60 minutos diarios de actividad física moderada al menos cinco veces a la semana o como alternativa de manera irregular unos 150 minutos de ejercicio físico aeróbico a la semana. El aumento de la actividad física se asocia con mejoría en la calidad de vida, menos ingresos hospitalarios y un descenso de la mortalidad. Es importante realizar no sólo un ejercicio aeróbico como caminar, sino combinar ejercicios de resistencia que mantienen la fuerza y la masa muscular, mejorando la circulación periférica. Al combinar un ejercicio aeróbico con entrenamiento de resistencia dinámico se mejora el control de la glucemia (azúcar en sangre), colesterol, el peso y la presión arterial. El Ejercicio físico produce, de media, un descenso de la tensión arterial de TA de 7 mmHg de la tensión arterial sistólica (máxima) y 5 mmHg la tensión arterial diastólica (mínima). La marcha nórdica, al disponer de los bastones, permite a los pacientes realizar un ejercicio de intensidad mayor que si caminaran sin la ayuda de los bastones. Además se ejercitan las cuatro extremidades. Es segura en pacientes mayores y en pacientes con problemas

cardíacos. En un estudio en pacientes mayores con insuficiencia cardíaca, la marcha nórdica mejoró la capacidad de ejercicio sin presentar eventos adversos graves (isquemia ni arritmias) durante el ejercicio. Como precauciones, se deben evitar las horas y días más fríos sobre todo en los casos de enfermedad coronaria. Es recomendable recibir una o dos lecciones prácticas para realizar una técnica adecuada, para poder llevarla a cabo de la manera más eficaz posible y evitar molestias musculares.





Alimentando nuestra ansiedad



Mª Pilar Álvarez Ruiz
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARAOO210

Todos, en algún momento, nos hemos visto envueltos en una vorágine de sentimientos y sensaciones que nos llevan a un único objetivo: la comida. Un mal día en el trabajo, una mala noticia, un examen, etc. Son momentos en los que tenemos una necesidad imperiosa de comer, una necesidad de comer algo en ese mismo momento, un hambre voraz. Pero realmente es una falsa sensación de hambre, no es hambre real, es lo que podemos llamar "hambre emocional".

Nuestro cerebro nos juega una mala pasada y nos hace pensar que el mero hecho de comer nos va a relajar, nos va a calmar. Y por ello nos vamos a sentir bien. Y no está confundido. Cierto es que, en determinadas ocasiones, la comida actúa como calmante. Lo que comemos tiene efecto directo sobre cómo nos sentimos a nivel físico y emocional. Y es, en esos momentos, en los que nuestra alimentación está basada en alimentos calóricos, llenos de azúcares, grasas trans, bebidas

gaseosas azucaradas y carbonatadas. Todo ello hace que ingiramos gran cantidad de calorías, totalmente innecesarias, que con unos pequeños cambios, vamos a poder controlar y hacer que controlemos esos momentos.

El azúcar es el alimento que por excelencia, el cuerpo nos suele pedir más en esos momentos. Por ello, un gran aliado va a ser el grupo de las frutas. Las frutas son alimentos muy sabrosos, generalmente bajos en calorías, con aporte de azúcar en pequeñas cantidades y además, con aporte de vitaminas y minerales. Además, hay gran variedad y las de muchos sabores, con lo que además nos agradara en mayor medida. Las hay ácidas, más dulces, con toques picantes en incluso amargas. Por ello debe ser nuestra principal elección. Es un alimento completo, hipocalórico y real. No procesado, natural y por ello vacío de calorías extras, de grasas y de azúcares añadidos.

Otro gran aliado, que siempre debemos tener en nuestra despensa, son los frutos secos. Siempre naturales, no fritos y sin sal añadida. Un puñado de frutos secos, cantidad recomendada, no solo va a ayudarnos a controlar nuestra ansiedad, sino que va a regular nuestros niveles de colesterol en sangre, así como aportarnos ácidos grasos esenciales para nuestro organismo como omega 3, son

fuentes de minerales y vitaminas y por ello, importantes antioxidantes. Además tienen gran poder saciante por su contenido en fibra.

Y otros alimentos importantes para controlar nuestra ansiedad pueden ser las hortalizas, como los palitos de zanahoria, los encurtidos, determinadas bebidas; Debemos evitar las bebidas azucaradas, gaseosas y excitantes, para dar cabida a los zumos naturales, las infusiones y las bebidas refrescantes caseiras. Ahora que llega el buen tiempo es muy interesante beneficiarnos de las infusiones frías, que pueden acompañarnos en cualquier momento. Tortitas de avena, de maíz o arroz. Los hidratos de carbono complejos deben ser los de primera elección, de absorción más lenta y con efecto más saciante. Y como no, nuestro ansiado y deseado chocolate. Claro que podemos consumirlo, pero siempre que sea con un alto porcentaje de cacao, cuanto más puro mejor.

Con todo ello, lograremos que, ante esos episodios de ansiedad por la comida, tomemos alimentos que nos calmen y sacien. Y con ello lograremos no solo mantener controlada nuestra ansiedad, sino nuestra mente y nuestro cuerpo, con una nutrición sana, equilibrada, variada, controlada y saludable.

Las picaduras más frecuentes en niños



*Paula Manero Montañés, María Cristina Lopez Vidal, Ana Isabel Lorda Cobos y Cristina Genzor Ríos.
Residentes de Enfermería Pediátrica. Hospital Miguel Servet de Zaragoza*

Con la llegada del verano, uno de los motivos de consulta más habituales en Atención Primaria son las picaduras. A continuación, se detallan las picaduras más habituales, así como métodos de prevención y tratamiento de las mismas.

Mosquitos

Son las picaduras más frecuentes durante los meses de verano. Suelen provocar habones, que producen picor.

Para su prevención, es importante utilizar ropa adecuada, sobre todo si se pasea cerca de zonas con agua, como pantalones largos, camisetas de manga larga y calcetines de algodón y de colores claros en lugar de colores llamativos. Además, es conveniente evitar los paseos en estas zonas al atardecer.

Otras medidas físicas a tener en cuenta son las mosquiteras, estas deben emplearse tanto en los carritos de los bebés a modo de red, como por la noche. A la hora de dormir, además de las mosquiteras también pueden ser útiles los repelentes eléctricos.

A parte de estas medidas los repelentes de mosquitos son un gran aliado durante el verano. Antes de utilizarlo es importante tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Antes de su aplicación, utilizarlo en una zona pequeña para comprobar que es bien tolerado.
- Emplearlo en las zonas expuestas y en la ropa. La piel deberá estar íntegra y en buen estado.
- Evitar que sean los niños quienes se lo apliquen. Aplicarlo lejos de la boca y ojos cuando lo extendamos por la cara. Es importante evitarlos en las manos de los niños de corta edad

por riesgo de introducirse la mano en la boca.

- Cuando los niños vayan a estar expuestos al sol, primero se aplicará el protector solar, esperando a su absorción, y posteriormente, el repelente.
- Se desaconseja emplear los productos que contengan protector solar y repelente en uno.

Cuando la prevención no ha sido suficiente y se encuentran picaduras, se lavarán con agua y jabón. En el caso de ser necesario, se pueden emplear productos farmacéuticos como las barras de amoníaco.

Abejas y avispas

Estas picaduras son más dolorosas que las de los mosquitos. Por lo general, los repelentes de mosquitos no son útiles a la hora de evitarlas. Para su prevención, además de las medidas físicas anteriormente citadas, se debe evitar dejar alimentos o bebidas cerca al aire libre, ya que es probable que acudan. Además, se evitará andar descalzo, sobre todo en las zonas de césped y se pondrá especial cuidado en las prendas que no hayamos utilizado al aire libre y hayan quedado expuestas, sacudiéndolas. Cuando nos encontremos ante una avispa o abeja, es importante realizar movimientos suaves en lugar de bruscos.

Durante los viajes en automóvil, es conveniente mantener las ventanillas subidas, así como comprobar al entrar a él que no haya ninguna dentro. Es especialmente importante este punto, ya que puede ser una causa de accidentes al volante.

Ante una picadura, podemos diferenciarlas con la presencia de aguijón, en el caso de las abejas o su ausencia. Si se tiene una picadura con aguijón, se procederá a su extracción si

este está accesible, evitando hurgar. Después se lavará la zona con agua y jabón, se aplicará frío y se elevará la extremidad, evitando emplear remedios como barro, por riesgo de infección.

Medusas

Durante las vacaciones de verano, uno de los destinos más comunes son las zonas de playa, donde se pueden encontrar medusas. El contacto con ellas produce una zona enrojecida y eritematosa que produce gran escozor y picor, acompañadas de vesículas en la zona de alrededor.

Para su prevención, es importante tener en cuenta la bandera de la zona de baño, en algunas zonas se emplean banderas específicas como la bandera blanca, para advertir de su presencia y evitar el baño. En el caso de encontrar en la orilla fragmentos de ellas, no deben tocarse ya que puede permanecer su efecto.

Tras la picadura de medusas, se debe lavar de inmediato con agua de mar, evitando frotar. Si se aprecian restos, se retirarán con una superficie de plástico duro. Se aplicará hielo de forma indirecta para reducir el dolor y la inflamación. Popularmente se recomendaba aplicar orina, esto se desaconseja totalmente ya que, si alguna zona de la piel se encuentra dañada, podría producirse una infección.

Ante cualquier tipo de quemaduras, se deben observar la presencia de manifestaciones generalizadas en el niño, como, por ejemplo, dolor de cabeza, náuseas y vómitos, malestar general, palidez, mareo o dificultad respiratoria, debiéndose consultar de urgencia con los servicios médicos.

Quiero quedarme embarazada, pero tengo una colostomía, ¿puedo hacerlo?



Luis María Hernáiz Calvo.

Médico Residente Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza.

Carlos Adolfo Aranda Mallén.

Médico Residente Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

Raquel Refusta Ainaga. *Enfermera en Atención Primaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza*

La mayoría de las pacientes habrá pasado la época fértil, pero no existe razón por la que no se pueda realizar la concepción en una mujer joven.

Habitualmente, se aconseja que pase un periodo de 2 años desde la intervención quirúrgica para quedarse embarazada, de esta manera la cicatrización será la óptima como para soportar la tensión del desarrollo del embarazo.

Será más difícil si la paciente ha sufrido varias intervenciones previas.

En cuanto a los cuidados del estoma, hay que saber que al aumentar el volumen abdominal por el crecimiento del feto se pueden producir una serie de cambios en el estoma: cambio en el diámetro, retracción o prolapso y desplazamiento del estoma.

Todos estos cambios son reversibles y tras el parto tienden a recuperar su estado original.

En el caso de quedarme embarazada, ¿sería posible realizar pruebas como la amniocentesis?

Portar un estoma no impide la realización de las mismas pruebas respecto a la población general, ni supone un riesgo superior a ellas. No te preocupes si sientes que el bebé da patadas, la afectación del estoma es improbable. En el caso de las gestantes ileostomizadas pueden llegar a requerir ingreso hospitalario ante complicaciones como la oclusión intestinal. Debido al aumento del tamaño del útero éste puede presionar la ileostomía generando un

dolor de tipo cólico y frenando el ritmo de evacuación intestinal.

Además, existe un riesgo incrementado de anemia: al que supone de por sí el embarazo (y por ello se recomienda la profilaxis con vitaminas y ácido fólico) se suma que la absorción de la vitamina B 12 se produce en el ileon distal.

¿Debo modificar mi forma de alimentación durante la gestación?

La dieta a seguir en una embarazada con o sin ostomía es la misma. Consistirá en una dieta variada con un aporte de nutrientes y calorías adecuado al desarrollo del feto.

Según las modificaciones del estoma podemos ir planificando nuestros menús diarios, poniendo especial atención en el primer trimestre, tiempo de frecuentes náuseas y vómitos que pueden acentuarse en mujeres ostomizadas y que aumentan el riesgo de deshidratación.

Si aumentan los vómitos diarios o tiene signos de deshidratación (boca seca, orina muy oscura...) debe acudir a su médico inmediatamente.

Recuerda también la importancia de la ingesta diaria de suplementos de ácido fólico y vitaminas, mencionada anteriormente, debido a la dificultad de absorción de los alimentos.

Parto, puerperio y lactancia

La vía de parto podrá ser, al igual que en las gestantes sin estoma, vía vaginal o cesárea si existe motivo obstétrico.

Tras el parto, los cuidados serán idénticos también, salvo que habrá que prestar atención a la recuperación progresiva de la forma original de la ostomía, adaptando de nuevo las formas y materiales de las bolsas y conexiones.

La lactancia materna no sólo es viable en portadoras de estoma, sino que está recomendada por los numerosos beneficios que aporta tanto para el bebé como para la madre.

Adaptar las posturas para aumentar el confort de ambos es fundamental e incrementa la confianza de la mamá en su autocuidado.

Durante esos 2 años de periodo de espera, ¿puedo utilizar cualquier método anticonceptivo?

Respecto a la contracepción hay que tener en cuenta que pueden existir problemas de absorción con los anticonceptivos orales.

A pesar de que el uso de métodos barrera (preservativo) es el más idóneo, porque no sólo previene el embarazo, sino que también nos protege de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), hay más alternativas que pueden utilizarse siendo portadora de un estoma con la misma eficacia: anticoncepción hormonal (parche, implante...), dispositivos intrauterinos (DIU), métodos quirúrgicos...

No dudes en pedir cita con tu ginecólogo y matrona para que te orienten sobre los métodos más indicados para ti según tipo de ostomía, intervención quirúrgica...



Celiaquía: ¿qué es, qué factores intervienen en su aparición y cómo se manifiesta?

Silvia Anastasia Calvo Campos. Enfermera. Centro de Salud Torrero la Paz. Zaragoza

La celiarquía o enfermedad celiaca es una patología crónica, de afectación multiorgánica, de origen autoinmune en personas que presentan una predisposición genética. Está inducida por una intolerancia permanente al gluten.

¿Qué factores pueden predisponer o retrasar la aparición de la celiarquía?

El factor central que define la enfermedad celiaca es la hipersensibilidad al gluten, por tanto, es conocido que existe un factor ambiental fundamental para desencadenar la respuesta y que se produzca la enfermedad: la ingesta de gluten. No obstante, esto sólo ocurre en una parte de la población considerada como susceptible, por lo que se ha definido que la enfermedad está también sustentada por factores genéticos.

Como factor que puede retrasar la aparición de la enfermedad celiaca es la lactancia materna, aunque no sirve para evitar la enfermedad.

¿Cómo se manifiesta la enfermedad celiaca?

En muchas ocasiones existe un importante

retraso en el diagnóstico de la enfermedad celiaca debido a la heterogeneidad de los síntomas. De hecho, en alguna publicación es denominada como "el camaleón de las enfermedades" debido a la heterogeneidad encontrada en sus formas de presentación: pérdida de peso y talla baja / obesidad; diarrea / estreñimiento; etc. La forma de manifestarse puede ser ligeramente variable en función de la edad en la que se ponga de manifiesto:

- **Niños entre 9 y 24 meses:** tras unos meses tomando gluten, los niños celiacos de este grupo de edad suelen presentar la forma clásica de la enfermedad celiaca: náuseas, vómitos, diarreas, distensión abdominal, pérdida de peso y de masa muscular, detención del crecimiento, e irritabilidad o apatía.
- **Niños durante la infancia:** estos niños suelen presentar la forma atípica de la enfermedad celiaca, con talla baja o retraso de la pubertad, anemia ferropénica resistente al tratamiento, raquitismo, o alteraciones del carácter.
- **Niño mayor y adolescente:** puede no manifestarse con síntomas digestivos y presentarse, por el contrario, como una anemia ferropénica, menarquia retrasada, irregula-

ridades menstruales, cefalea o dolor en las articulaciones. También pueden aparecer talla baja, aftas orales, distensión abdominal, debilidad muscular, artritis y osteopenia.

- **Adulto:** en los últimos años ha ido ascendiendo el número de diagnósticos de enfermedad celiaca en el adulto; además los síntomas utilizados como referentes para el diagnóstico han ido variando a lo largo de los años en función de la bibliografía consultada. Los síntomas clásicos han sido: diarreas, flatulencia, pérdida de peso, anemia ferropénica por malabsorción de hierro, aftas orales, etc. Actualmente, también se observa acidez, obesidad (manifestación muy frecuente en los adultos diagnosticados de celiarquía) y manifestaciones extraintestinales como: infertilidad, abortos de repetición, fatiga crónica, osteopenia, defectos dentales...

Así pues, queda reflejado que la celiarquía consiste en una patología autoinmune y de afectación multiorgánica, en la que intervienen la predisposición genética y la ingesta de gluten, y que puede presentar manifestaciones clínicas distintas en función de la edad a la que aparezca.

Hipertension y obesidad en la actualidad



Sofía Pascual Dena. Enfermera del Hospital de Barbastro

Hoy en día, el paciente que sufre de obesidad e hipertensión ha visto limitadas sus rutinas diarias debido a la situación a la que nos enfrentamos.

Se ha comprobado que el paciente hipertenso o con obesidad tiene más riesgo de que se agrave la enfermedad en el caso de contagiarse por COVID. Por ello, debe mantener unos buenos niveles de tensión arterial e intentar mantener un peso adecuado.

¿Qué se considera un buen nivel de tensión arterial y de peso?

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- Obesidad: IMC igual o superior a 30.
- HTA: TAs mayor 140 y TAd 90.

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares).
- La diabetes.
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis).
- Cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC, entre ellas COVID.

En el plano individual, las personas pueden optar por:

- limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares,
- aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos,
- realizar una actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos).

La responsabilidad individual solo puede tener pleno efecto si las personas tienen acceso a un modo de vida sano. Por consiguiente, en el plano social, es importante ayudar a las personas a seguir las recomendaciones men-

cionadas, mediante la ejecución sostenida de políticas demográficas y basadas en pruebas científicas que permitan que la actividad física periódica y las opciones alimentarias más saludables estén disponibles y sean asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular para las personas más pobres. Un ejemplo de una política de ese tipo es un impuesto sobre las bebidas azucaradas.

Recomendaciones para hipertensos

Es muy importante que los pacientes hipertensos mantengan unos hábitos saludables con alimentos que ayuden a combatir el coronavirus y a fortalecer el sistema inmune.

Adultos: Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada. La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma.

Entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas (consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas trans e ingesta insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, y el sobrepeso o la obesidad. Por otro lado, existen factores de riesgo no modificables, como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad (más de 65 años) y la concurrencia de otras enfermedades, como diabetes o nefropatías

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda:

1. Disminuir el consumo de sal

- Recomendación: 5g de sal = 2 g de sodio al día.
- Conocer el contenido en sodio de los alimentos y cocinarlos con muy poca sal.
- Consumir preferentemente alimentos frescos.
- Sazonar los alimentos con hierbas, especias y otros aderezos sin sal (aceite de oliva, vinagre, limón).
- Consumir los alimentos enlatados o procesados bajos en sodio.
- Aclarar las conservas vegetales con alto contenido en sodio.
- Limitar el consumo de embutidos, encurtidos y aperitivos con alto contenido en sal.

2. Seguir una dieta variada y equilibrada

- Recomendación: cinco o seis raciones diarias de frutas y verduras. El aceite de oliva tiene importantes beneficios cardiosaludables, ayuda prevenir y reducir la hipertensión.
- Aumentar el consumo de fruta, verdura, hortalizas y legumbres.
- Elaborar y aderezar las comidas con aceite de oliva.
- Consumir alimentos ricos en ácidos grasos omega-3 (pescado azul).
- Añadir a la dieta frutos secos sin sal.

3. Hacer ejercicio con regularidad

Recomendación: en adultos 150 a 300 minutos /semana de actividad física aeróbica moderada (bailar, caminar, pedalear, jardinería, patinar, nadar...) o 75 a 150 minutos de actividad física más vigorosa (nadar, correr, deporte...). Combinar ambas actividades.

Realizar al menos 30 minutos casi todos los días de actividad física moderada, como caminar a paso ligero.

Incorporar la actividad física en la vida cotidiana (subir las escaleras, desplazarse andando al trabajo, bajarse una parada antes del autobús).

Utilizar el tiempo de ocio para realizar actividades que requieran movimiento (bailes, gimnasia, senderismo, deporte, excursiones en bicicleta, patinar...), y si es posible en familia.

4. Mantener un peso saludable: IMC MENOR 25

Reducir el consumo de azúcar (bebidas azucaradas, chucherías) y grasas saturadas (bollería industrial, embutidos, carnes grasas).

Desayunar todos los días frutas, lácteos y cereales y realizar cinco comidas al día.

Practicar actividad física de intensidad moderada todos los días.

Limitar las horas de actividades sedentarias (televisión, videojuegos, ordenador).

5. Evitar el consumo excesivo de alcohol y tabaco

Moderar el consumo de bebidas alcohólicas (vino, cerveza y las de alta graduación), máximo dos unidades o consumiciones en hombres y una en mujeres. No fumar, y nunca hacerlo en presencia de no fumadores ni en lugares cerrados.

Alternativas no farmacológicas para aliviar el dolor del parto



Sonsoles María Iglesias Constante. *Matrona del Hospital de Jaca*

Autora del Libro "Curso de Preparación al Parto", escrito para resolver todas las dudas a los futuros papás y del blog: <https://lamatronaresponde.com>

El dolor es una sensación humana universal que generalmente hace sospechar que algo no va bien en el cuerpo.

Existen tres aspectos del dolor:

- Aspecto sensitivo: son las sensaciones físicas.
- Aspecto afectivo: son los sentimientos y emociones.
- Aspecto cognitivo: son los pensamientos.

Sin embargo, el dolor del parto es el único dolor positivo que existe, y este es un aspecto muy importante a tener en cuenta, para poder gestionarlo de una correcta manera.

Según la etapa del parto en la que nos encontremos, el dolor puede ser debido a diferentes factores.

En la **fase de dilatación** las contracciones causan dolor porque disminuye el riego sanguíneo del útero mientras se producen. Además, durante esta fase, el estiramiento y la tracción de los músculos del cuello del útero van a generar dolor. Otro factor generador del dolor en esta fase es la presentación fetal, ya que este encajamiento en la pelvis aumenta la incomodidad y el dolor. También hay que tener en cuenta, que si tenemos miedo estaremos más tensos y esta tensión también nos va a provocar dolor. Finalmente, las características fisiológicas individuales de cada mujer también influyen en los límites personales del dolor en este periodo.

Durante el expulsivo, además de los factores anteriormente mencionados, el dolor se puede originar por el estiramiento de la vagina y del suelo pélvico y la presión sobre el periné por acomodación de la presentación fetal. Este estímulo doloroso se puede transmitir por los nervios torácicos, lumbares y sacros, siendo estas zonas también afectadas. A esto hay que añadirle que las contracciones serán más intensas y el cansancio estará presente en este momento.

En la última etapa del parto, el alumbramiento, la mujer ya se encuentra mucho mejor tras dar a luz a su bebé. Sin embargo, también puede notar alguna molestia debido a la excisión de la placenta, algún desgarro y el cansancio y la fatiga intensa.

Según la evidencia científica, es muy importante explicar en las clases de preparación al parto todas las opciones de alivio del dolor durante el parto, ya que este tiene un aspecto psicológico, y de esta manera mejorar la percepción dolorosa.

Por tanto, las embarazadas deben conocer las diferentes técnicas para disminuir el dolor del parto, ya que de esta manera tendrán la opción de tomar decisiones respecto a lo que desean y disfrutar de una mayor autonomía para su uso, y más en el caso de las alternativas no farmacológicas.

Alternativas no farmacológicas para aliviar el dolor del parto

Masaje

Consiste en la aplicación presión durante la contracción en la zona lumbar, ya que de esta manera se alivia el dolor de esa zona.

Esta presión se puede realizar con el puño o con los dedos, y se puede ir aumentando o disminuyendo según las sensaciones de la parturienta.

Esta técnica la puede aplicar la pareja/acompañante o la matrona.

Aplicación de calor

Durante la dilatación, se puede aplicar calor en la zona lumbar. Se puede utilizar una bolsa de agua caliente envuelta en un paño, un saco de semillas o la aplicación directa de agua en la bañera o ducha.

Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS)

Consiste en la utilización de un generador de impulsos eléctricos conectado a unos electrodos que se aplican en la piel, en las zonas donde deseamos aliviar el dolor.

Su mecanismo de acción se basa en que los estímulos eléctricos que proceden del aparato viajan más rápidamente que los estímulos dolorosos, bloqueando la transmisión de estos últimos hacia el cerebro y mejorando, por tanto, la percepción dolorosa.

Durante el trabajo de parto, los electrodos se colocan en la zona lumbar a los lados de la

espinas dorsales. Cuando hay una contracción la parturienta puede controlar la intensidad de las descargas y adaptarla a su conveniencia.

Movimiento libre

El movimiento libre de la mujer que está de parto permite aliviar la sensación dolorosa, así como acortar el trabajo de parto.

Adoptar posturas verticales (de pie, sentada, caminar, en la pelota de parto, etc...) hace que la gravedad ayude, y al tener libre el sacro la sensación de presión es menor.

Puedes adoptar la postura que te resulte más cómoda y la que te vaya pidiendo el cuerpo. Lo más normal es que vayas cambiando de posiciones durante todo el proceso.

Distracción

Consiste en centrar la atención en estímulos diferentes de la sensación dolorosa, siendo un tipo de protector sensorial que permite a la mujer protegerse de la sensación dolorosa aumentando otros impulsos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cinestésicos (escuchar, mirar, tocar y moverse). Por tanto, serán buenas opciones de distracción el escuchar música, concentrarse en la respiración o moverse, pero existen muchas otras.

Relajación

Las técnicas de relajación permiten un alivio de la tensión muscular y mental, permitiendo una sensación de tranquilidad y calma mental y muscular, disminuir la ansiedad y distraer la atención del dolor, reduciendo su percepción. Ya que es muy recomendable que la mujer ponga en práctica estas técnicas, existe un tema especial en este libro donde las desarrollamos en profundidad.

Acompañamiento

El estar acompañada de manera activa y apoyada por alguien de confianza es vital, siendo fundamental que quien vaya a acompañarte se prepare contigo, que realice este curso y conozca los aspectos más importantes del parto.

Manejo de los dilatadores de Hegar en el Hospital Universitario San Jorge



Olga Rivas Calvete, Marta Delgado Puente, Sonia Dieste Samitier, Lorenzo Oliván Guerri, María Carmen Lasiera Betrán y Blanca Marzal López.
Enfermeros de la Unidad de Endoscopias Digestivas. Hospital Universitario San Jorge

La estenosis anal es la disminución del calibre del conducto anal que se acompaña de una menor distensibilidad del mismo.

Puede presentarse como complicación tardía tras hemorroidectomía, esfinterectomía por fisura anal, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) como consecuencia de la fibrosis intensa producida por abscesos de repetición en el curso de la misma y como secuela de radioterapia pélvica.

Los pacientes presentan dificultad para la expulsión de las heces que disminuyen de calibre y además se acompaña de tenesmo, hemorragia o cuadros suboclusivos.

Dilatación neumática y forzada

Han sido probados diversos tratamientos como la dilatación neumática y la dilatación forzada con anestesia sin obtener resultados satisfactorios.

En el Servicio de Endoscopias del Hospital Universitario San Jorge utilizamos los **dilatadores de Hegar** para intentar mejorar la estenosis anal. Son unos vástagos metálicos que van aumentando de calibre siendo el menor de 11mm (número 11) hasta 18 mm (número 18) que se han usado en medicina tradicionalmente para tratar problemas urológicos (dilataciones uterinas), problemas pediátricos (ano imperforado) y en menor grado en estenosis anales.

Este tratamiento puede ser realizado en el domicilio del paciente previo adiestramiento

del mismo y supone un ahorro de tiempo y económico debido a que se evitan ingresos hospitalarios y pérdida de días de trabajo.

Una vez aconsejado su uso por el especialista (digestivo o cirujano) el paciente es derivado a la consulta de enfermería del servicio de endoscopias.

El procedimiento para el uso de los dilatadores de Hegar se realiza colocando al paciente tumbado en la camilla acostado sobre su lado derecho con las piernas flexionadas. Realizamos una exploración anal para comprobar que puede introducirse el dedo en el ano sin dificultad y que no se palpa ninguna masa en el canal anal. Procedemos a la dilatación del ano con un dilatador de pequeño calibre, número 11 o 12. Si no encontramos dificultad en la realización de la técnica, iremos escogiendo dilatadores de diámetros superiores para prodecer a su uso sin provocar dolor al paciente ni sangrado. Una vez determinado el dilatador de mayor calibre que ha sido posible introducir sin causar molestias al paciente, terminamos el procedimiento. Éste será el dilatador que usará el paciente en su domicilio siguiendo la siguiente secuencia..

Al inicio del tratamiento realizará la dilatación 2 veces al día (mañana y noche) durante 1 ó 2 minutos. Una vez introducido el dilatador en el ano realizará movimientos circulares con el mismo con el fin de intentar romper la fibrosis anal. Previamente a su introducción lubricará el dilatador con lubricante urológico para anestesiarse la zona anal o aceite si no dispone del primero.

El paciente usará el mismo dilatador durante 1 semana y si no observa dificultad para introducirlo pasará a utilizar el que sigue en calibre. Este proceso de cambio de número de dilatador lo realizará semanalmente hasta intentar alcanzar el uso del de mayor calibre. Si durante el procedimiento se produjera sangrado o dolor, el paciente debería continuar con la técnica descrita pero disminuyendo el calibre del dilatador utilizado.

Una vez establecido el dilatador de mayor calibre que ha logrado introducir, debe continuar realizando las dilataciones de la siguiente forma:

- 1 vez al día durante 1 mes.
- A días alternos durante 1 mes.
- Cada 3 días durante 1 mes.
- 1 vez a la semana durante 1 mes
- 1 vez al mes durante 3 meses.

En la consulta de enfermería citamos de forma periódica a los pacientes para hacer un seguimiento de su evolución, aprovechando la cita para cambiar el material para la realización de las dilataciones y resolviendo las dudas que los pacientes nos plantean sobre la actitud a seguir. A su vez contamos con pacientes que utilizan los dilatadores de forma crónica ya que han encontrado beneficio en su uso al mejorar el grado de estenosis anal que padecen. Con ellos mantenemos contacto telefónico para realizar seguimiento de su evolución y necesidades.



MERRELL®

BOREAL®

HH[®]
Helly Hansen

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