

SUMARIO

- 2 Pacientes de Baja Visión
- 3 Oxígeno ante las secuelas del coronavirus
- 4 ¿Qué son las litiasis vesicales?
- 6 El sueño infantil
- 8 Medidas no farmacológicas para reducción del dolor ... en Pediatría
- 9 Problemas con los que puede encontrarse un paciente ostomizado tras el alta
- 10 Oxigenoterapia
- 12 Baños de contraste
- 13 ¿Qué es el riesgo cardiovascular?
- 14 ...pacientes con trombosis venosa profunda en extremidades inferiores
- 16 ¿Qué es la infección por clostridium difficile?
- 17 Lo saludable de comer despacio
- 18 Consejos para el cuidado de los pies en el paciente con diabetes mellitus
- 20 La puerta verde de Panticosa



EJEMPLAR GRATUITO

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



Por fin llueve

Pacientes de 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

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

Son patologías con afección visual, conllevan además de la pérdida de visión, una disminución de la calidad de vida: pérdida de movilidad, incapacidad para realizar tareas hasta ahora habituales, etc...

Dependiendo de la patología tendrán pérdidas de visión en el campo central o en la periferia. Estos pacientes no mejoran con la graduación en gafa, ni con acertados tratamientos médicos, farmacológicos o quirúrgicos, Se consideran pacientes de Baja Visión, aquellos cuya Agudeza Visual en el mejor de los ojos es menor o igual al 30% o su Campo Visual inferior a 20°.

¿Cómo ven las personas con Baja Visión?

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

¿Qué pasos debe seguir un paciente con Baja Visión?

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

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

¿Cómo procede el especialista en Baja Visión?

El equipo de especialistas le realizará una serie de pruebas.

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

¿Qué son las Ayudas Visuales?

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

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

En el caso de afecciones de retina periférica como la retinosis pigmentaria o el glaucoma cobra especial atención la rehabilitación en orientación y movilidad y **controlar la luz** que entra en retina. Con lo cual cobran especial importancia **los filtros selectivos**.

Los filtros selectivos, favorecen el contraste tan disminuido en los pacientes con Baja Visión, reducen el deslumbramiento y favorecen la adaptación del paso de luz a oscuridad tan molesta para la visión de cualquier paciente.

Cuando el deslumbramiento afecta lateralmente, podemos evitarlo con monturas que llevan filtros laterales, evitando la entrada de luz...

En **YANGUAS ÓPTICOS** le personalizamos el filtro selectivo que el paciente necesita, bien por deslumbramiento de luz artificial como para luz exterior.

El filtro selectivo reduce la luz que provoca malestar visual, el paciente manifiesta mayor confort visual, máxima protección UV, máximo contraste, máxima transmitancia (pasa la luz beneficiosa para la visión y no la que molesta) y prevención.

Como se puede comprobar, estamos ante un problema de salud complejo que precisa de una ayuda multidisciplinar especializada (oftalmólogos, optometristas especialistas en Baja Visión, psicólogos) para obtener los resultados de una buena terapia.

La clave está en hacer entender al paciente que debe iniciar una nueva etapa de vida mediante el uso y entrenamiento de las ayudas para rehabilitar el resto de visión que aún le queda, por disminuida que sea.

Desde **YANGUAS ÓPTICOS** aconsejamos que estar bien informado es el primer paso para prevenir.

El 80% de las cegueras son evitables con una detección precoz, si se identifican de una manera temprana. Esto permite una intervención de la enfermedad, por parte del oftalmólogo.



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

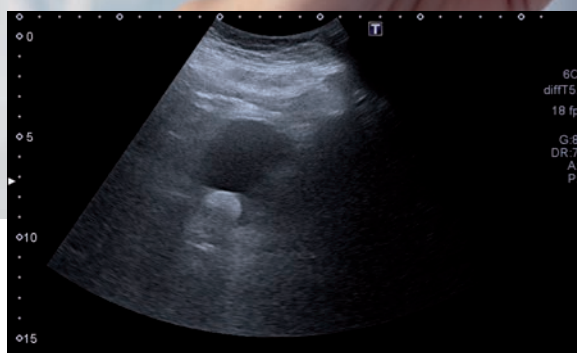
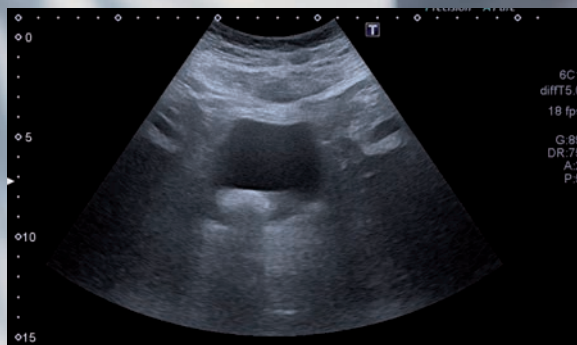
- Vascular
- Recuperación muscular
- Oncología y radioterapia

Cistitis rádica
Osteonecrosis mandibular...

FISIOTERAPIA Y OSTEOPATÍA

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

OXIEN
REHABILITACIÓN HIPERBÁRICA A TU ALCANCE



¿Qué son las litiasis vesicales?

Ana Aldaz Acín e Inés Giménez Andreu. Médicos Internos Residentes.

Patricia Serrano Frago y Cristina Redondo Redondo. Médicos Adjuntos.

María Jesús Gil Sanz. Jefa de Servicio.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Las litiasis vesicales son masas duras de minerales que se forman en la vejiga por cristalización de los mismos cuando tienen concentraciones altas en la orina.

Este tipo de cálculos supone aproximadamente el 5% de todas las litiasis del tracto urinario, si bien es más frecuente en hombres y en países en desarrollo. En nuestro medio ocurre preferentemente en varones a partir de los 60 años.

Su causa más frecuente es una obstrucción a la salida de la orina de la vejiga (por ejemplo, próstata aumentada de tamaño). Otras de las causas que pueden ocasionarlas son alteraciones en la inervación vesical, la presencia de catéteres u otros cuerpos extraños en la vejiga, litiasis de menor tamaño procedentes del tracto urinario superior y que, al contrario de lo que ocurre habitualmente, no han logrado ser expulsadas de manera espontánea, sirviendo así de nido para el crecimiento de litiasis de mayor tamaño, etc.

Síntomas

Algunos de los síntomas más frecuentes en esta patología son:

- Frecuencia urinaria aumentada.
- Hematuria (sangre en la orina).
- Disuria (dolor al orinar) o dolor suprapúbico (que aumentan al final de la micción o pueden desencadenarse con el movimiento o el ejercicio repentino).
- Infecciones recurrentes del tracto urinario.

Diagnóstico

Para diagnosticar esta patología contamos con 4 pruebas fundamentales:

- 1. Ecografía:** se trata de la prueba de primera línea a realizar en pacientes en los que se sospecha esta patología. Es inocua y tiene una gran sensibilidad para el diagnóstico.
- 2. Radiografía de abdomen:** su capacidad para visualizar la litiasis es mayor cuanto mayor sea su tamaño. Además, como veremos más adelante, la visualización o no del cálculo en la radiografía es importante para valorar la realización de algunos tratamientos.

- 3. TAC:** Se trata de una prueba con mayor irradiación para el paciente, pero tiene la ventaja de poder diagnosticar no solo litiasis a nivel de la vejiga sino también a otros niveles del trato urinario.

- 4. Cistoscopia:** consiste en la introducción a través de la uretra de aparato delgado en forma de tubo, que lleva incorporada una cámara en su extremo distal y va acoplado a una fuente de luz, logrando así una imagen del interior del tracto urinario inferior que se nos muestra en una pantalla. Se trata de una prueba más invasiva, a pesar de no requerir anestesia, pero cuenta con la ventaja de tener la capacidad de diagnosticar otras patologías vesicales que pueden ocasionar síntomas similares.

Una vez que hemos diagnosticado al paciente deberemos llevar a cabo una serie de pruebas complementarias para conocer la causa y poder establecer un tratamiento de la litiasis y posteriormente de la causa para evitar su reaparición. Estas pruebas incluyen una exploración física del paciente, analítica de

orina y de sangre, análisis de las litiasis (en el caso de que se haya expulsado alguna) y fluorimetria con residuo postmiccional (consiste en analizar el caudal de orina que se elimina en un tiempo determinado, cantidad de orina expulsada y cantidad de orina que queda en la vejiga tras finalizar la micción).

Tratamiento

El tratamiento de esta patología es fundamentalmente quirúrgico, si bien puede aplicarse tratamiento médico inicial en algunos casos seleccionados, mediante la administración de bicarbonato o citrato alcalino.

El abordaje quirúrgico debe individualizarse en función del caso. El tratamiento de elección en la mayoría de los casos es la cistolitotricia transuretral. Esto consiste en el acceso a través de la uretra con un cistoscopio o nefroscopio (aparato de características similares al descrito anteriormente para el diagnóstico) que nos permiten visualizar las litiasis vesicales y por su interior podemos introducir una fibra de laser capaz de fracturar el cálculo en fragmentos más pequeños que o bien se extraen con unas pinzas de cuerpos extraños, se aspiran o bien pueden expulsarse fácilmente con la micción.

En el caso de pacientes con alteraciones uretrales como podría ser una estenosis de uretra (estrechamiento de la uretra) se puede realizar este mismo procedimiento a través de un orificio que se realiza en la parte inferior del abdomen hacia la vejiga. Este procedimiento recibe el nombre de cistolitotricia percutánea. Además, existe la opción de combinar estos procedimientos para disminuir el tiempo quirúrgico.

Una alternativa más agresiva a estos procedimientos es la cistolitotomía abierta que consiste en una incisión sobre la vejiga para extraer los cálculos y su cierre posterior. Esta técnica tiene algunas desventajas respecto a las anteriores como puede ser un aumento significativo de las complicaciones y la estancia hospitalaria, si bien es muy eficaz y de elección en algunos casos seleccionados con litiasis de tamaños muy elevados cuyo manejo endoscópico es muy complicado. La tasa de recidiva de esta patología es similar en todas las técnicas.

Finalmente, destacar la posibilidad de realizar cistolitotomía laparoscópica o litotricia (fragmentación de las litiasis vesicales mediante ondas de choque sin cirugías) si bien son técnicas menos utilizadas.

Prevención

En la mayoría de los casos, como hemos dicho anteriormente, la causa de esta patología radica en un crecimiento prostático (HBP) por lo que clásicamente se han asociado las litiasis vesicales a la necesidad de cirugía de hiperplasia benigna de próstata (HBP), bien sea mediante un abordaje endoscópico (resección transuretral o RTU) o abierto/laparoscópico (adenomectomía) para evitar la recidiva de esta patología.

En los casos de paciente con vejigas neurógenas como causa de sus litiasis vesicales la prevalencia de esta patología disminuye en casos de cateterismos intermitentes y mediante la realización de irrigaciones periódicas.

Recomendaciones para pacientes

- Beber abundantes líquidos.
- Orinar con frecuencia.
- Consultar a su médico ante los primeros síntomas de dificultad para la micción.



Puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web
revista digital + 4.100.000 visitas en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

Revista: 1 página interior (200 €), 1/2 página (150 €), 1 faldón (100 €) [Precios/Nº + IVA]

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

+ información: <https://zonahospitalaria.com/como-anunciarse/>

aragon@zonahospitalaria.com



El sueño infantil

Ana Isabel Lorda Cobos, Paula Manero Montañés, Cristina López Vidal y Cristina Genzor Ríos.
Enfermeras Internas Residentes (EIR). Pediatría Hospital Materno Infantil Miguel Servet

Cuando hablamos del sueño infantil hacemos referencia tanto al periodo diurno como nocturno durante el cual los niños descansan. El sueño tiene un papel fundamental en el desarrollo y bienestar infantil; favorece los procesos de atención y memoria y ayuda a consolidar todo lo aprendido.

Es un aspecto que siempre preocupa y que es esencial para el bienestar de los padres y los hijos. Dormir mal provoca en las personas adultas mal humor, fallos de memoria, irritabilidad e incluso si la situación se prolonga en el tiempo, cuadros depresivos. En los niños se manifiesta con mayor irritabilidad e inquietud.

Síndrome del bebé zarandeado

Si combinamos estas dos situaciones se crea un ambiente que puede dar lugar a: dificultad de disfrutar de la relación paterno-filial, deterioro de las relaciones e incluso, en situaciones más extremas, pueden llevar a perder los nervios y que se produzca algún tipo de maltrato. Un tipo de maltrato físico que a veces se desconoce o no es considerado por la gente

como tal es el síndrome del bebé zarandeado. Este se produce cuando una persona agarra a un lactante con llanto incontrolado por el tórax y lo sacude bruscamente para que se calme, provocando un traumatismo intracraneal que conduce a un deterioro mental de intensidad variable, llegando en ocasiones a provocar lesiones y secuelas muy importantes en el sistema nervioso central. Por ello es muy importante entender que, al igual que otros procesos, como la adquisición del lenguaje o el aprendizaje de caminar, el sueño es un proceso que lo bebés van adquiriendo conforme su sistema nervioso va madurando, y lleva un tiempo presentar el patrón de los adultos.

Fases del sueño

Para entender como se va modificando el sueño a lo largo de los primeros años de vida, es necesario primero saber cuál es el patrón de un adulto.

El sueño se divide en dos grandes fases: sueño no REM o etapa de los movimientos oculares no rápidos y sueño REM o de los movimientos oculares rápidos.

La **fase NO REM** es el periodo durante el que

se produce el descanso físico. Se divide en 4 subfases:

- FASE I: desde la vigilia hasta el sueño. Es un sueño ligero y de corta duración, durante el cual somos sensibles a nuestro entorno.
- FASE II: el sueño se hace más profundo.
- FASE III: es donde realmente descansamos. Si nos despertamos nos sentimos confusos. En esta fase tienen lugar los terrores nocturnos, el sonambulismo y la enuresis nocturna.
- FASE IV: en la que estamos profundamente dormidos.

La **fase REM** es la parte del descanso psíquico. Esta fase sirve sobre todo para consolidar la memoria, y retener u olvidar información. Es el momento en el que aparecen tanto los sueños como las pesadillas, y durante el cual no existe tono muscular.

Un ciclo de sueño lo componen el paso por todas o la mayoría de subfases no REM y el paso por la REM (que ocurre siempre después de la subfase no REM 2) dura entre 90-110 minutos. Después de ello se produce un "micro-despertar", del que la persona no se acuerda al día siguiente, y se vuelve a dormir. En una noche se realizan unos 5-6 ciclos.



Sin embargo, estas fases no son iguales ni tienen la misma duración a lo largo de las distintas edades.

Evolución al sueño REM

El sueño aparece en la etapa prenatal. A partir del 6º mes de gestación el feto ya experimenta una fase de sueño activo dentro del vientre materno, que evolucionará al sueño REM al nacer. Este sueño sirve de ayuda a la maduración del sistema nervioso. A partir del 7º mes aparece un sueño tranquilo, que se convertirá en el sueño no REM.

De los 0 a los 3 meses se caracteriza por ser un sueño:

- **Bifásico:** solo se compone de dos fases (sueño REM y sueño lento). Cada ciclo dura unos 50-60 min. Esto le permite alimentarse de forma continua, evitando así hipoglucemias; así como mantener al cuidador cerca y estar en contacto con su entorno.
- **Ultradiano y polisecucional:** en esta etapa todavía no distinguen entre día y noche, duermen una media de 16-20 horas diarias. Además, durante esta etapa inician el sueño directamente en fase REM, puesto que es

la que ayuda a asimilar y organizar todo lo aprendido y ayuda a la maduración del sistema nervioso.

Durante la etapa de los 4 a los 6 meses se producen grandes cambios. Comienzan a regularse los procesos de melatonina, cortisol y temperatura, y con ellos empieza a regularse el ritmo circadiano de sueño-vigilia. Por otro lado, aparecen también las fases del sueño del adulto, pero como hemos comentado al principio, el sueño es un proceso madurativo, y esto implica que van a tardar un tiempo en adquirir el patrón del adulto. Al principio tendrán un "periodo de adaptación", en el cual se despertarán en cada microdespertar. Esta es una de las causas por las que bebés que hasta los 3-4 meses han estado durmiendo bien, comienzan a dormir peor y despertarse más veces, es todo parte de un proceso de maduración.

Crear rutinas de sueño

Es un buen momento para empezar a crear rutinas de sueño.

A partir de los 6 meses comienza el sentimiento de extrañeza, por lo que intentan alargar la

hora de irse a dormir, porque saben que es un momento de separación con sus figuras de apego. Empiezan a tener más ajustado el ritmo sueño-vigilia, realizando 1-2 siestas diurnas y periodos más largos durante la noche. Y, además, con el inicio de la alimentación complementaria, empiezan a necesitar menos lactancia por la noche.

Es muy importante tener creadas sus rutinas de sueño con las que ir disminuyendo la actividad y la estimulación, y que sepa que se acerca el momento de dormir.

Desde los 2 hasta los 5 años, irán alargando progresivamente las horas de sueño nocturno e irán desapareciendo las siestas diurnas. A partir de los 5-6 años adquieren ya el patrón adulto.

La adquisición de un patrón adulto estará influenciada primero por el ritmo de maduración del niño y por otros aspectos como: su forma de ser, si es más nervioso o más tranquilo; el ambiente familiar, que sea relajado y con unas rutinas o un ambiente más tenso. Sin embargo, como cualquier proceso madurativo (caminar, hablar, comer...), cada uno a su ritmo, lo acabarán alcanzando.



Medidas no farmacológicas para reducción del dolor durante técnicas de enfermería invasivas en Pediatría

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

A lo largo de los años ha existido la falsa creencia de que los recién nacidos apenas sentían dolor debido a su inmadurez biológica y su incapacidad para comunicar sensaciones dolorosas. Por ello, se producía un inexistente tratamiento del dolor durante la realización de técnicas invasivas como pueden ser la venopunción y la vacunación, lo que tenía efectos a corto y largo plazo en el lactante. Actualmente se conoce que, durante la gestación, antes de las 28 semanas, el feto desarrolla todos los componentes necesarios para sentir el dolor y responder ante él.

Conforme los niños crecen, los procedimientos invasivos con agujas se convierten en una de las principales causas de miedo y dolor cuando acuden a los servicios sanitarios ya que, antes de los 18 años, un niño sano puede recibir entre 20 y 30 punciones solamente en inmunizaciones. Un tratamiento inadecuado de este dolor y las experiencias negativas previas puede derivar en un miedo irracional a las agujas y una gran ansiedad en el niño, que puede persistir en su etapa adulta, pudiendo ser una causa de falta de adherencia a los tratamientos médicos o del incumplimiento de las inmunizaciones programadas. Para el alivio del dolor en niños a los que se les vaya a realizar técnicas invasivas con agujas existen medidas farmacológicas y no farmacológicas. En este artículo nos centraremos en las diferentes estrategias no farmacológicas a utilizar, desde el recién nacido hasta la adolescencia.

Recién nacido y lactante

- **Lactancia materna:** el amamantamiento se sitúa como el mejor método para disminución del dolor debido al efecto analgésico de

la leche materna y el contacto piel con piel del lactante con su madre. Este contacto le confiere al bebé seguridad y consuelo, siendo también por sí mismo una estrategia analgésica. Es sencillo de realizar y efectivo, sin embargo, en ocasiones no es el elegido por los profesionales de salud debido a una falta de tiempo o desconocimiento.

- **Administración oral de sacarosa (Sacarosa al 24%):** su mecanismo de acción se debe a la liberación de opioides endógenos lo que reduce el estrés y el dolor. Está recomendado hasta los 18 meses de edad. Se administra por vía oral, aproximadamente dos minutos antes de los procedimientos dolorosos. En cuanto a la cantidad a administrar será de 1 a 2 mililitros en recién nacidos a término o más de 2500 gramos; en nacidos pretérmino mayores de 1500 gramos será 0,2 mililitros; entre 1000 y 1500 gramos 0,1 mililitros y en prematuros menores de 1000 gramos 0,5 mililitros.

- **Succión no nutritiva:** reduce la respuesta fisiológica al estímulo doloroso, para este fin podemos utilizar el chupete, el seno materno con fines no nutritivos o la succión digital.

- **Medidas de posición y táctiles:** como envolver al bebé antes y durante la realización de procedimientos dolorosos o utilizar los brazos de sus padres, facilitan su relajación y disminuyen sus niveles de estrés. También pueden ser útiles el masaje al bebé o el balneario.

- **Medidas ambientales:** además debemos tener en cuenta este tipo de medidas en la realización de técnicas dolorosas o durante las manipulaciones. Por ejemplo, utilizar una voz suave, evitar fuertes estímulos sonoros o luminicos o agrupar las tareas que vayamos a realizar.

Niños a partir de 2 años hasta la adolescencia

- **Preparación e información, evitar mentir:** no se recomienda la utilización de frases como "no te hará daño", "no va a doler", "no te voy a pinchar" o "no te preocupes" ya que no son eficaces en la reducción del dolor y el niño puede sentirse engañado.

- **Técnicas de distracción:** como pueden ser leer, contar una historia, escuchar música ver dibujos animados u ofrecerle algún juguete. Cuando el niño es capaz, podemos seguir con él una conversación como distracción, tanto los profesionales como sus padres.

- **Control de la respiración y soplar:** se recomienda la realización de respiraciones lentas y profundas, así como soplar en el momento de la punción. Además, podemos ayudarnos de juguetes como puede ser un molinillo a la hora de soplar para aumentar la distracción del niño o hacerles imaginar algo, como por ejemplo unas velas de cumpleaños.

- **Vibración/Enfriamiento de la piel:** existen dispositivos que combinan el enfriamiento de la piel con la vibración, como por ejemplo el Buzzy®, con forma de abeja cuyo cuerpo vibra, con alas de gel frío. Este dispositivo se coloca 30 segundos previos a la punción, entre 5 y 10 cm por encima de la zona seleccionada, y continua activa vibrando, presionada contra la piel hasta el finalizar la técnica. También pueden utilizarse compresas o gasas frías con este fin, sin embargo, no existe gran evidencia a favor o en contra del enfriamiento de la piel como medida analgésica.

Debido a sus grandes ventajas como son un bajo coste, rápida actuación, facilidad de manejo, su falta de efectos adversos y su utilidad en el manejo, no solo del dolor, si no de la ansiedad tanto en el niño como en sus padres, las medidas no farmacológicas son cada vez más recomendados para prevenir el dolor infantil ante técnicas invasivas.

Los principales problemas con los que puede encontrarse un paciente ostomizado tras el alta

*Esmeralda Lobera Salvatierra, Belén Mongío Pardo, Nieves Otín Guarga y Lucía Rivarés Garasa.
Enfermeras del Hospital General San Jorge de Huesca*

Una persona que se ha sometido a una intervención quirúrgica de un cáncer colorrectal con frecuencia implica la pérdida de la funcionalidad del intestino y como consecuencia la realización de un estoma en la pared abdominal abocando el intestino a la misma.

Este cambio supone para la persona una alteración en su imagen y en la concepción que tiene de uno mismo. La adaptación del paciente a esta nueva situación dependerá del grado de aceptación, de su entorno, de la ausencia de complicaciones y del aprendizaje en el manejo del estoma. Todo lo anterior supondrá un duelo por la pérdida de una fun-

ción y un cambio en su imagen que necesitará un periodo de adaptación y afrontamiento.

El proceso de iniciará ya en el ámbito hospitalario con ayuda de los profesionales que explicarán y orientarán en dicho proceso. El cual deberá ser paulatino para que el paciente asimile la información poco a poco y se le puedan ir resolviendo todas las dudas.

Los hábitos higiénicos, la alimentación, la forma de vestir, el ocio, la sexualidad, la vida laboral y social sufren cambios que la persona ostomizada deberá aprender y asimilar.

Supone un afrontamiento y una adaptación a la nueva vida, donde será imprescindible el

acompañamiento y la ayuda de familiares y profesionales de la salud.

Restablecer el equilibrio perdido es la finalidad que necesitará el esfuerzo del paciente. El apoyo psicológico también será fundamental en estos pacientes, ya que es habitual los episodios de ansiedad y depresión que suelen acompañar estas circunstancias. El soporte del entorno familiar será imprescindible, así como la búsqueda de información y soporte en asociaciones y profesionales.

Hablar y compartir experiencias y situaciones con pacientes en la misma situación les ayudará a mantener una vida social activa.

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

Oxigenoterapia

María Fuster Cabré y Miriam Ruiz de la Cuesta López. Adjuntas de Medicina Intensiva del Hospital San Pedro de Logroño. Helena Camino Ferró, Lucía Vilella Llop 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 oxigenoterapia es un tratamiento que consiste en la administración de oxígeno a un paciente, en concentraciones variables, con objetivo de mantener una adecuada concentración de oxígeno en la sangre. En el caso de un paciente grave, se utiliza como una medida de soporte vital.

¿Qué función tiene el oxígeno en nuestro cuerpo?

El objetivo de la oxigenoterapia es garantizar que los diferentes tejidos del organismo reciban una cantidad adecuada de oxígeno, para así poder realizar sus funciones específicas. La baja concentración de oxígeno en sangre se denomina hipoxemia. El estado en que los tejidos no reciben suficiente cantidad de oxígeno para funcionar de forma adecuada se denomina hipoxia. En este estado en que los órganos no pueden funcionar de forma adecuada, puede llegar a estar en riesgo la vida del paciente. La hemoglobina es la molécula encargada de transportar la mayor parte del oxígeno por la

sangre hasta los distintos órganos del cuerpo, por lo que su presencia también tiene gran importancia.

¿Cuáles son las situaciones en que se utiliza el tratamiento con oxígeno?

La principal indicación de la oxigenoterapia es la insuficiencia respiratoria, que es la disminución la concentración de oxígeno en la sangre por debajo de niveles adecuados para el paciente. En algunos casos de insuficiencia respiratoria, el cuerpo tampoco es capaz de eliminar el CO₂, que habitualmente es un producto de desecho que nuestro organismo elimina, y al acumularse puede resultar tóxico. La insuficiencia respiratoria puede ser aguda o crónica. La insuficiencia respiratoria aguda ocurre cuando la causa es una enfermedad de instauración más o menos rápida que afecta habitualmente a los pulmones, impidiendo que oxigenen la sangre de forma correcta. Por ejemplo, una infección respiratoria, como la causada por el SARS-CoV2. En el caso de la insuficiencia respiratoria crónica, el proceso por el que los pulmones fallan

en su función se desarrolla a lo largo de más tiempo, incluso años. Un ejemplo es la causada por la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

¿Qué formas de administración de oxígeno existen?

Mediante los distintos sistemas, podremos ir variando el porcentaje de oxígeno que vamos a aportar al paciente, según su estado de insuficiencia respiratoria.

1. Sistemas de bajo flujo:

- **Gafas nasales (cánulas nasales):** Es el sistema más frecuentemente utilizado por su sencillez y comodidad para el paciente. Se aplica directamente en la nariz, por donde el paciente inspira el oxígeno, mezclado con aire ambiente. Como problema, al mezclarse el oxígeno con el aire ambiente, la concentración máxima de oxígeno que aporta no es muy alta.
- **Mascarilla con reservorio:** Es una mascarilla facial unida a una bolsa reservorio. Es el sistema de mascarilla que aporta la mayor concentración de oxígeno.



2. Sistemas de alto flujo:

- **Mascarilla Venturi (ventimask):** Es un tipo de mascarilla que mezcla oxígeno con aire ambiente, consiguiendo una concentración de oxígeno concreta, que podemos ir variando según la necesidad del paciente.
- **Cánulas de alto flujo:** Es un sistema de cánulas nasales que aporta mayor concentración de oxígeno al paciente, con mayor flujo de aire que los sistemas descritos previamente. El gas en este caso está humidificado y a una temperatura similar a la del organismo, lo que hace que sea menos incómodo y más tolerable que otros sistemas.

En un paciente con insuficiencia respiratoria grave, puede que con ninguno de estos sistemas consigamos la concentración necesaria de oxígeno en la sangre para oxigenar adecuadamente los tejidos. En este caso, será necesario plantear otros tipos de soporte respiratorio, como la ventilación mecánica. Es decir, puede que sea necesario ayudar a sus pulmones mediante un respirador. En este

caso, será necesario mantener al paciente sedado mediante la administración continua de fármacos sedantes. La conexión del paciente al respirador será mediante un tubo orotraqueal (llega desde la boca del paciente a su tráquea), que permitirá al respirador administrar el tratamiento directamente a la vía respiratoria. En este caso hablaremos de insuficiencia respiratoria grave, y el paciente será tratado siempre en una Unidad de Cuidados Intensivos.

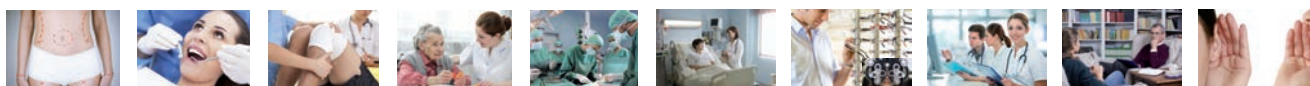
¿Cómo comprobamos si el tratamiento es efectivo?

Es importante conocer la concentración de oxígeno en la sangre, para comprobar la efectividad del tratamiento con oxígeno. La pulsioximetría es el método más cómodo y menos invasivo. Consiste en un sistema en forma de pinza que se suele colocar en el dedo, con el que podemos medir el oxígeno que transporta la hemoglobina en la sangre mediante un sistema de fotodetección. Otro método más preciso, aunque también

más invasivo es la determinación exacta de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre mediante una analítica (gasometría). Es importante valorar la concentración de oxígeno sanguíneo siempre con respecto a la cantidad de oxígeno que estamos aportando al paciente, para así poder ajustar el tratamiento que le administramos.

¿Puede el tratamiento con oxígeno tener complicaciones?

Hay que tener en cuenta que el oxígeno a altas concentraciones puede llegar a ser tóxico, por lo que es muy importante la monitorización de los niveles de oxígeno. En casos de insuficiencia respiratoria crónica es especialmente importante esta medición de niveles de oxigenación, ya que una alta concentración de oxígeno puede llegar a inhibir el centro respiratorio de estos pacientes. El aporte de oxígeno sin humidificar puede causar sequedad e irritación de las mucosas nasal y bucal.



Puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web
revista digital + 4.100.000 visitas en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

Revista: 1 página interior (200 €), 1/2 página (150 €), 1 faldón (100 €) [Precios/Nº + IVA]

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

+ **información:** <https://zonahospitalaria.com/como-anunciarse/>

aragon@zonahospitalaria.com



Baños de contraste

Gema Galindo Morales. Fisioterapeuta. Atención Primaria Sector III. Zaragoza.
Ana Carmen Valer Pelarda. Fisioterapeuta. Hospital Miguel Servet. Sector II. Zaragoza.
Diego Calavia Sarnago. Fisioterapeuta. Atención Primaria Sector III. Zaragoza.
Susana Sánchez Navarro. Fisioterapeuta. Atención Primaria Sector III. Zaragoza

Los baños de contraste o baños a temperatura alterna son una técnica de hidroterapia por inmersión donde no se utiliza la presión del agua y que consiste en sumergir la extremidad a tratar de forma alterna en dos recipientes que contendrán agua caliente y agua fría respectivamente.

Se trata de una técnica muy antigua pero muy eficiente y, por lo tanto, muy utilizada en un gran número de lesiones ya que es rápida y fácil de realizar por el paciente en su domicilio y no requiere importantes recursos materiales. Los baños de contraste se utilizan en diferentes patologías musculoesqueléticas de las extremidades (tales como traumatismos, fracturas, esguinces, síndrome de dolor regional complejo) donde exista un proceso inflamatorio y/o edema en mano, muñeca, pie o tobillo (puesto que son las zonas distales de las extremidades las que pueden introducirse en los recipientes. Son, por tanto, baños parciales).

Son especialmente útiles tras la retirada de una inmovilización prolongada donde la extremidad presenta dolor a la movilización y edema (llegando el tejido incluso a estar empastado generando rigidez y dificultando la movilidad).

Las contraindicaciones para esta técnica son las mismas que para cualquier técnica hidroterápica, más concretamente heridas abiertas, procesos infecciosos e inflamatorios agudos, etc.

Reduce el edema y la inflamación

Los baños de contraste actúan principalmente estimulando la circulación sanguínea y linfática, como consecuencia de las respuestas sucesivas de vasodilatación y vasoconstricción y los efectos que éstas generan. De este modo, los baños de contraste actúan reduciendo el edema y la inflamación.

Para realizarlos se utilizan dos recipientes o cubetas. Una de ellas contendrá agua caliente a una temperatura entre 38° y 44°C. La otra contendrá agua fría con una temperatura entre 10 y 20°C.

Para su aplicación, se sumerge la extremidad a tratar en la cubeta de agua caliente durante 4-6 minutos. Se puede aprovechar para movilizar la extremidad ya que además del efecto térmico, el agua aporta seguridad al paciente que mueve su extremidad libremente y con menos dolor, facilitando además una movilización de una forma más funcional. A continuación, se sumerge en el agua fría durante 1-3 minutos. Los cambios han de hacerse con rapidez, ya que el beneficio está precisamente

en el efecto de contraste térmico. Este proceso de inmersión se repite 2-3 veces al día. Se puede finalizar el tratamiento en agua fría o caliente dependiendo del efecto principal que se quiera conseguir.

Si los baños se realizan de forma previa a una sesión de fisioterapia o ejercicio terapéutico domiciliario, se finalizará en agua caliente para reducir la rigidez y el dolor durante la sesión, ya que el efecto térmico del agua caliente disminuye el tono muscular, tiene un efecto analgésico y relajante y aumenta la flexibilidad del tejido conjuntivo.

Si por el contrario se utiliza de forma aislada tras una lesión aguda, se podrá finalizar en agua fría, buscando un efecto estimulante, tónico y de sedación del dolor.

Finalmente, recordar que hay una gran variabilidad en la aplicación de los baños de contraste según los diferentes profesionales. Lo más importante es ser constantes en su realización (2-3 veces al día), mantener la diferencia de temperatura entre las dos cubetas respetando la piel (evitar poner hielo o calentar el agua en el microondas) y finalizar la aplicación con agua caliente o fría según los efectos finales que queramos conseguir.

¿Qué es el riesgo cardiovascular?

Lucía Rivarés Garasa. Enfermera de especialidades médicas. H.G. San Jorge. Huesca
Ana Belén Mongio Pardo. Enfermera de especialidades médicas. H.G. San Jorge. Huesca
Óscar Sambía Novellón. Enfermero de especialidades médicas. H.G. San Jorge. Huesca
Esmeralda Lobera Salvatierra. Enfermera de urgencias. H.G. San Jorge. Huesca
Nieves Otín Guarga. Enfermera de especialidades médicas. H.G. San Jorge. Huesca

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo y muchas de estas muertes podrían evitarse con la adopción de un estilo de vida saludable, reduciendo los factores de riesgo.

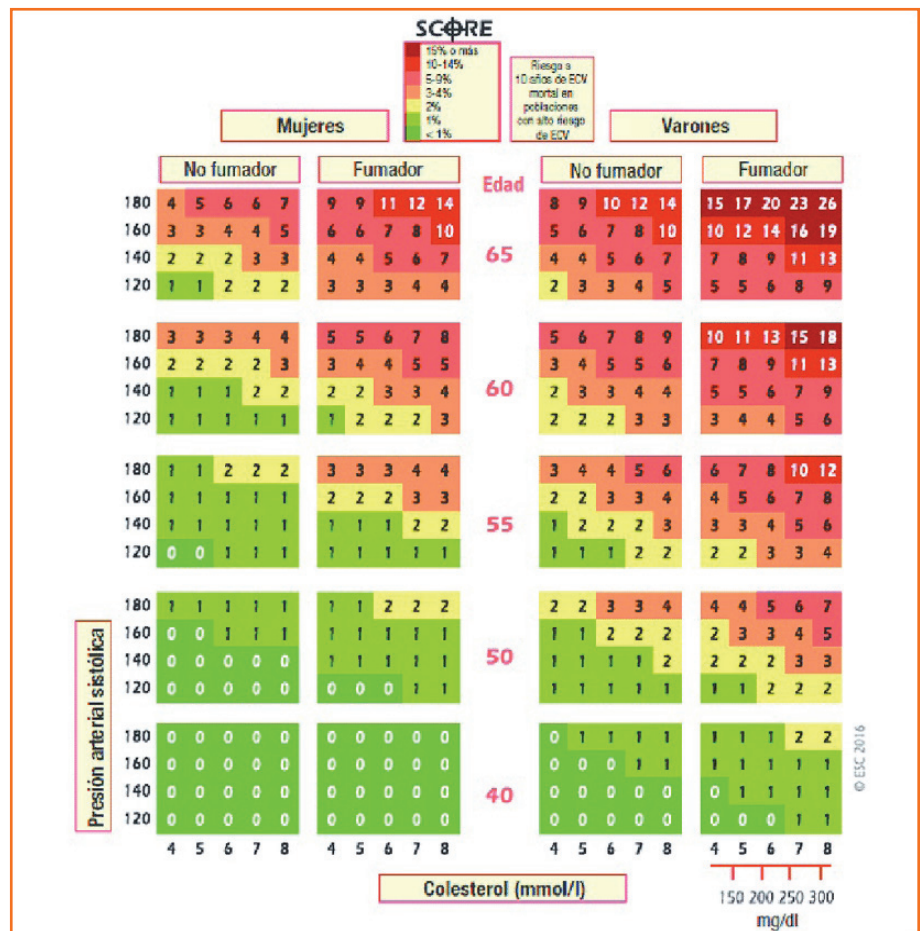
Las enfermedades cardiovasculares afectan en mayor medida a los países de ingresos bajos y medios: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países y afectan casi por igual a hombres y mujeres. La OMS prevé que de aquí a 2030, casi 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular principalmente cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Las enfermedades cardiovasculares, son enfermedades que afectan a las arterias del corazón y del resto del organismo, principalmente el cerebro, los riñones y los miembros inferiores. Las más importantes son el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular (trombosis, embolia y hemorragia cerebral). El riesgo cardiovascular se define como la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una de estas enfermedades dentro de un determinado plazo de tiempo y esto va a depender fundamentalmente del número de factores de riesgo que estén presentes en el individuo. Los factores de riesgo se clasifican en 2 grandes grupos: factores modificables (podemos evitarlos) y factores no modificables (no podemos evitarlos).

El 14 de marzo se celebra el Día Europeo de Prevención del Riesgo Cardiovascular con el objetivo de concienciar a la población acerca de la capacidad que tenemos de influir en los factores de riesgo modificables implicados en la mayoría de las enfermedades cardiovasculares.

Factores no modificables: Edad, Sexo, Raza, y Antecedentes familiares.

Factores que podemos modificar:

Hipertensión Arterial, Aumento del colesterol, Síndrome metabólico y Diabetes, Sobrepeso y Obesidad, Tabaquismo, Sedentarismo, Abuso de alcohol, Ansiedad y estrés.



Para calcular el riesgo cardiovascular en España, se utilizan las tablas SCORE, que incluye datos de al menos 14 países europeos y estiman el riesgo por mortalidad cardiovascular en los próximos 10 años.

España se considera país de bajo riesgo. Para el cálculo del riesgo cardiovascular hay que tener en cuenta 4 factores: la edad, el nivel de colesterol HDL, tabaquismo y la tensión arterial.

Las últimas guías europeas de prevención de enfermedad cardiovascular clasifican a las personas en 4 categorías dependiendo del riesgo cardiovascular que presentan: MUY ALTO (SCORE 10%), ALTO RIESGO (SCORE entre 5-10%), RIESGO MODERADO (SCORE entre 1-5%) y RIESGO BAJO (SCORE 1).

El objetivo es prevenir los episodios coronarios y cerebrales, para ello las recomendaciones van orientadas hacia:

- Abandonar el tabaco o fumar menos o no empezar a hacerlo
- Seguir una dieta saludable, aumentar la ingesta de vegetales frescos, disminuir la ingesta de grasas, moderar el consumo de alcohol
- Disminuir el sedentarismo y realizar actividad física varias veces a la semana
- Reducir el índice de masa corporal, evitar sobrepeso y obesidad, manteniendo peso adecuado
- Reducir y controlar la tensión arterial, alcanzando valores normales y disminuyendo la ingesta de sal
- Disminuir la concentración de colesterol total y colesterol LDL
- Llevar un buen control de la diabetes
- Tomar antiagregantes plaquetarios cuando sea necesario
- Llevar una vida tranquila, con menos estrés. Aprende a relajarte y a respirar con calma. Relativiza los problemas del día a día.

Recomendaciones a pacientes con **trombosis venosa profunda** en extremidades inferiores

Dra. Carlota López Lapuerta, Dra. Esther Abad Bernal, Dra. Esther Valero Tena y Dra. Carmen Raquel Sánchez Pérez. Médicas. Servicio de Medicina Interna. Hospital MAZ. Zaragoza.
Dra. Isabel Yuste Serrano. Jefe de Servicio de Medicina Interna, Hospital MAZ. Zaragoza

La presentación más común de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es la trombosis venosa profunda (TVP) de la extremidad inferior.

Las trombosis venosas que se producen en el sistema venoso profundo de miembro inferior son más importantes que las del sistema venoso superficial. Esta importancia es debida a la gravedad de sus potenciales complicaciones como son: la embolia pulmonar y el síndrome postrombótico.

La vena poplítea es la que divide el sistema venoso profundo de la extremidad inferior en sistema venoso profundo distal y proximal. Los trombos localizados a nivel poplíteo o en áreas más proximales presentan mayor riesgo de producir embolia pulmonar; un 50% de las TVP proximales embolizarán, frente a un 30% de las distales. La TVP y la embolia de pulmón (EP) conforman la Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE). La ETEV representa la tercera causa de muerte cardiovascular después del infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular y se considera entre las principales causas de muerte intrahospitalaria.

Existen una serie de factores de riesgo heredados (trombofilias hereditarias) y factores de riesgo adquiridos o condiciones pre-existentes como son:

Los más frecuentes: Más de 48 h de inmovilidad en el mes anterior. Ingreso hospitalario en los últimos 3 meses. Enfermedad maligna. Enfermedad infecciosa en los últimos 3 meses. Otros factores: Cirugía, trauma, Embarazo y puerperio. Anticonceptivos orales y terapia hormonal. La presencia de un catéter venoso central. Fármacos anticancerígenos (tamoxifeno, talidomida). Síndrome antifosfolípido. Síndrome nefrótico. Viaje en avión. Enfermedad inflamatoria intestinal. Obesidad IMC >30

La combinación de factores adquiridos más heredados aumenta más el riesgo de Trombosis Venosa Profunda.

Recomendaciones

Durante el tratamiento de las trombosis venosas profundas de Extremidades Inferiores hay una serie de recomendaciones que ayudan a una evolución mejor, con menos secuelas fibróticas:

- Respecto al reposo: la deambulación precoz es mejor que el reposo inicial. Si el edema y el dolor son severos, se debe aplazar la deambulación en la medida en que sea tolerada y no exista condición clínica de riesgo (trombosis extensa iliofemoral, trombo móvil, inestabilidad clínica o hemodinámica).

En caso de trombosis extensa y/o Embolia Pulmonar de riesgo moderado y alto se re-

comienda movilización a las 48h de dosis de anticoagulación plena y con Medias de Compresión Gradual (MCG).

- La terapia compresiva debe de comenzar tan pronto como sea posible una vez iniciado el tratamiento anticoagulante. Se recomienda el uso de MCG hasta la pantorrilla. Las MCG han demostrado reducir en un 50% la incidencia del síndrome postrombótico (SPT), aunque no modifican la recurrencia de la ETEV. Las de compresión fuerte (30-40 mmHg) son las más eficaces en prevenir el SPT. Se pueden usar vendajes inicialmente hasta disminuir el edema y después colocar MCG.

- En cuanto al Sd. Postrombótico establecido, aunque las MCG han demostrado un beneficio escaso y hay pocos estudios, se sugiere su utilización en estos pacientes. Han de comenzar a usarse en la 1ª-2ª semana después del diagnóstico y mantenerlas un mínimo de 2 años. Deben colocarse antes de levantarse o, al menos, inmediatamente después de la ducha, y quitarse por la noche al acostarse o con los miembros inferiores elevados. Se deben usar todo el tiempo posible mientras el paciente esté de pie, sentado o caminando. Si no se tolerasen bien y no aparecieran síntomas ni signos de SPT se podrían retirar las medias de compresión a los 6 meses.



Medias de compresión

Como colocarse las medias de compresión a veces requiere de ayuda por parte de otra persona, pero los pasos a seguir lo hagan el propio paciente u otra persona serían:

● Primero:

- Retire de las manos anillos y pulseras que pueden dañar las medias.
- La utilización de guantes de látex o vinilo facilita la colocación de las medias.

● Segundo:

1. Tras su higiene diaria séquese bien los pies antes de colocarse las medias.
2. Introduzca la mano en la media hasta localizar el talón.
3. Doble la media al revés hasta el talón.
4. Introduzca el pie hasta que el talón esté en su sitio.
5. Estire hacia arriba el cuerpo de la media de manera que se deslice por encima del talón.
6. Realice las correcciones necesarias para que el ajuste sea el adecuado y no queden pliegues, este paso ha de hacerlo varias veces, sobre todo tras pasar el talón y la rodilla.

Las medias hay que lavarlas a mano o en la lavadora a temperaturas inferiores a 40°

preferentemente dentro de una red y sin estrujarla o arrugarla para escurrir. Utilizar detergentes para ropa delicada. No emplear suavizante ni quitamanchas, ya que pueden cerrar los poros y estropear las fibras. Secar en la secadora con un programa suave o al aire sin exponer al sol directamente. No emplee plancha, ni fuentes de calor, ya que destruyen las fibras elásticas de la media. Deseche las medias cuando pierdan la capacidad de presión según las instrucciones del fabricante, lo que suele ocurrir entre los 3 y 6 meses dependiendo del tipo de media.

A continuación, una serie de consejos para aplicar en el día a día para personas con Insuficiencia venosa crónica, o que han presentado trombosis o tromboflebitis en extremidades inferiores para ayudar en la prevención de recidivas o síntomas crónicos por secuelas.

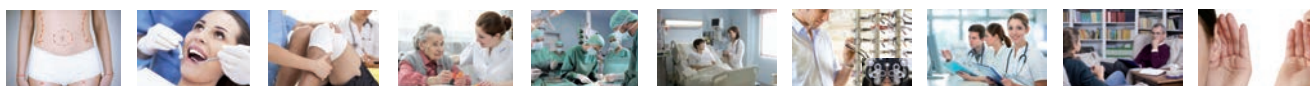
● DEBE EVITAR:

- La vida sedentaria, la estancia prolongada de pie o sentado.
- Cruzar las piernas.
- El uso de ropa ceñida y ligaduras en la mitad inferior del cuerpo.
- El calzado con tacón alto.

- El sobrepeso, consumo de alcohol y de tabaco.
- Tomar anticonceptivos orales.
- La exposición prolongada al sol y los baños calientes.
- Golpes y rascaduras en el trayecto de las venas y rozaduras por calzado.

● ES ACONSEJABLE:

- Procurar dormir con las piernas en posición ligeramente elevadas.
- Efectuar baños diarios con agua fría (10-20 segundos en cada pierna).
- Tras una cirugía: deambulación precoz en el postoperatorio, y después del alta hospitalaria, insistir en la necesidad de caminar y volver cuanto antes a las actividades normales.
- Realice movimientos giratorios de tobillos y estiramientos de piernas si permanece mucho tiempo sentado o acostado.
- Practicar ejercicios no violentos (Si en su caso fuera posible, el paciente puede practicar los siguientes deportes: natación, ciclismo, yoga.)
- Caminar como mínimo durante media hora (si bien esto puede variar según la edad del paciente).



Puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web
revista digital + 4.100.000 visitas en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

Revista: 1 página interior (200 €), 1/2 página (150 €), 1 faldón (100 €) [Precios/Nº +IVA]

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

+ **información:** <https://zonahospitalaria.com/como-anunciarse/>

aragon@zonahospitalaria.com

¿Qué es la infección por clostridium difficile?

Oscar Sambía Novellón, Lucía Rivarés Garasa, Ana Belén Mongio Pardo, Esmeralda Lobera Salvatierra y Nieves Otín Guarga. Enfermero y Enfermeras de especialidades médicas. H.G. San Jorge. Huesca

El Clostridium difficile es una bacteria que puede causar diarrea y afecciones intestinales como inflamación del colon. También se conoce con otro nombre como Clostridioides difficile.

Las bacterias Clostridium difficile se encuentran en el medio ambiente: en la tierra, el aire, el agua, heces humanas y de animales,... pero las personas sólo se infectan cuando están tomando antibióticos. Esto se debe a que los antibióticos no sólo eliminan los gérmenes dañinos, sino que también matan a los gérmenes buenos que protegen contra las infecciones, este efecto de los antibióticos puede varios meses. Si durante este periodo la persona entra en contacto con estas bacterias puede enfermar.

La enfermedad provocada por Clostridium difficile afecta con mayor frecuencia a personas frágiles o vulnerables que estén hospitalizadas o en instalaciones sanitarias de larga estancia.

Un pequeño número de personas sanas llevan naturalmente la bacteria en el intestino grueso y no presentan síntomas de la infección. Las esporas de la bacteria C. difficile se transmiten a través de las heces y se propagan a los alimentos, las superficies y los objetos

cuando las personas infectadas no se lavan bien las manos. Estas esporas pueden sobrevivir en una habitación durante semanas o meses. Si tocas una superficie contaminada con esporas de C. difficile puedes tragarte la bacteria sin saberlo.

Una vez establecida la infección, la bacteria puede producir toxinas que atacan el revestimiento del intestino. Las toxinas destruyen las células, producen parches de células inflamatorias y partículas celulares en descomposición dentro del colon y causan diarrea acuosa.

Factores de riesgo asociados a infección por Clostridium Difficile:

- Edad avanzada
- Hospitalización prolongada
- Uso de antibióticos
- Pacientes inmunodeprimidos
- Cirugía/manipulación gastrointestinal
- Anti H2/IBP
- Enfermedades de base

Síntomas de infección por Clostridium Difficile:

- Diarrea acuosa o frecuencia de evacuación durante varios días
- Fiebre
- Dolor o sensibilidad del estómago
- Pérdida de apetito
- Náuseas

Lo saludable de comer despacio



Yoana Teres Castel
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00105



Comer rápido es un hábito muy común, casi ya normalizado. Muchas personas padecen sus consecuencias y no saben que al comer algo más despacio éstas pueden llegar a desaparecer. Veamos lo saludable que es comer despacio.

A veces el ritmo de vida, el trabajo y los compromisos hacen que la tarea de comer se complique. Ha cambiado del «disfrutamos todos juntos en la mesa» al «como y me voy pitando». Parece que hemos dejado de disfrutar de la comida como placer llegando a hacerlo sólo como pura necesidad, por lo menos los días de diario.

Debemos ser conscientes de lo que comemos, por eso la única tarea que debemos hacer en el acto de comer es eso, comer. Siempre mejor sin distracciones.

El comer rápido implica

- No masticar lo suficiente.
- No disfrutar de la comida.
- No ser consciente del acto de comer (no se aprecian los matices).
- Comer más cantidad de alimento.
- Posible posterior sensación de: plenitud, hinchazón, digestiones pesadas, gases.

Situaciones habituales en la sociedad de hoy y nada convenientes:

- Personas encargadas de servir a la familia

y que se levantan y sientan a la mesa varias veces, haciendo que su comida no sea un placer, no les siente bien, incluso la comen fría.

- Personas que comen de pie.
- Personas que comen con pantallas (teléfono, televisión, ordenador...).
- Personas que comen en el mismo puesto de trabajo, sin parar de trabajar.

Si estas situaciones se cronifican es cuando podemos hablar de un problema, que por suerte se puede revertir con constancia y paciencia.

¿Por qué comer despacio, qué gana?

- Al comer despacio se disfruta mucho más de los sabores y la comida se convierte en un acto más agradable y relajante.
- La sensación de saciedad llega al estómago pasados unos minutos, por tanto cuanto más despacio se coma mayor sensación de saciedad se tiene y menos cantidad se ingiere.
- Se mejora la digestión, la cual empieza en la boca. Al comer despacio y masticar bien facilitamos la digestión y ésta será menos pesada.
- Al comer lentamente, se come más conscientemente y se tiene más tiempo para analizar los sentimientos de hambre y saciedad.

Consejos para comer despacio

Si se come mientras se hace alguna otra tarea es lógico que no se le dedique ni el tiempo ni la

atención suficiente al momento de comer. Por lo tanto, en el rato de comer fuera distracciones.

- Dejar descansar los cubiertos en la mesa después de cada bocado es una buena opción que puede ayudar para comer más despacio, ya que permitirá masticar algo más y saborear mejor el alimento.
- No coger gran cantidad de comida con los cubiertos, así se tardará más en terminar de comer.
- Masticar más veces permitirá comer más despacio y tener la sensación de saciedad.
- Beber agua entre las comidas ocasiona distensión estomacal, por lo que disminuye el consumo calórico. Puede ayudar a controlar si lo que siente es gula o se sigue teniendo hambre.
- Mantener una conversación puede hacer que se coma mucho más pausado.
- Mirar la hora en la que se empieza a comer el primer plato y el segundo. Así se puede calcular si se come de manera pausada o engullendo.

En definitiva, comer rápidamente puede alterar los procesos sensoriales que regulan la cantidad de comida que ingerimos. El tiempo para la comida debe ser un acto saludable y consciente. Para ello no debe suponer un tiempo de estrés, sino más bien un tiempo de desconexión con las preocupaciones y obligaciones diarias.



Puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web
revista digital + 4.100.000 visitas en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

Revista: 1 página interior (200 €), 1/2 página (150 €), 1 faldón (100 €) [Precios/Nº +IVA]

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

+ **información:** <https://zonahospitalaria.com/como-anunciarse/>

aragon@zonahospitalaria.com



Consejos para el cuidado de los pies en el paciente con diabetes mellitus

Silvia Anastasia Calvo Campos. Enfermera. CS Torrero la Paz. Zaragoza.
Daniel Bujeda Hernández. Enfermero. CS Torrerramona. Zaragoza.
Irene Fernández Badía. Enfermera. CS Fuentes Norte. Zaragoza.
Paula Berges Mata. Enfermera. CS Rebolería. Zaragoza

La diabetes mellitus (DM) es una de las emergencias mundiales sanitarias del siglo XXI según la FID (International Diabetes Federation), siendo considerada un problema individual y de salud pública de enormes dimensiones.

Las lesiones en el pie suponen una de las principales complicaciones en los pacientes diabéticos debido a su frecuencia, y a la discapacidad y disminución de calidad de vida que conllevan; además del elevado coste que generan. Suponen la principal causa de amputación no traumática de extremidades inferiores. Son múltiples los factores que contribuyen al desarrollo de dichas lesiones: neuropatía periférica, enfermedad arterial periférica, traumatismos (externos o producidos por las deformidades del pie), mal control glucémico, diabetes de larga duración, úlcera o amputación previa del pie, mala visión, o hábito tabáquico, entre otros.

Estudios evidencian que, estrategias que incluyan la prevención mediante la educación

del paciente y profesionales sanitarios, la participación activa del paciente por medio del autocuidado, y un seguimiento cercano de éstos, puede reducir la tasa de amputaciones entre el 49 y el 85%.

Esto pone de manifiesto la importancia del papel de los profesionales de enfermería dentro del equipo multidisciplinar, y la necesidad de analizar los agentes causales, complejidad fisiopatológica y agentes desencadenantes de las lesiones en los pies.

Concretamente, en las consultas de Enfermería de Atención Primaria, uno de los pilares fundamentales del manejo del paciente diabético es la valoración del pie diabético y la educación al paciente en el cuidado de los pies, fundamental para prevenir la aparición de lesiones.

Esta educación sobre el cuidado de los pies incluye:

- **INSPECCIÓN DIARIA:** de los dedos y espacios interdigitales, planta del pie y talones, utilizando un espejo si es necesario, para mejorar la exploración; prestando especial atención a

la aparición de cambios de color, cambios de temperatura, zonas hinchadas, ampollas, grietas, callosidades, rozaduras, uñas incarnadas, hongos, y cambios en la cantidad de vello de las piernas.

- **HIGIENE DIARIA:** lavado diario de los pies con esponja suave, no olvidar los espacios interdigitales, no dejar el pie en remojo más de 5 minutos por el riesgo de maceración, comprobar la temperatura del agua (no debe superar los 37°C), utilizar jabón de pH neutro.

- **SECADO:** secado cuidadoso prestando especial atención a los espacios interdigitales, con una toalla suave y evitando la fricción, y no utilizar fuentes de calor (aire caliente, bolsa de agua caliente...) por el riesgo de quemadura que supone.

- **HIDRATACIÓN:** utilizar cremas hidratantes con urea o ácido láctico, aplicar una capa fina de crema y hacer un ligero masaje desde la planta del pie y dorso hacia el resto de la pierna, no aplicar crema en los espacios interdigitales (por el riesgo de maceración).

- **CORTE DE UÑAS:** utilizar tijeras de punta roma (no usar tijeras con punta, alicates de



manicura, etc), cortarlas después del lavado ya que están más blandas y son más fáciles de cortar, hacer un corte horizontal dejando la uña con bordes rectos, limar los bordes con lima de cartón, no cortarlas demasiado, sino dejar que sobresalga 1mm del pulpejo, solicitar ayuda si existen dificultades en la movilidad y agudeza visual; y si las uñas son demasiado gruesas o existen problemas para cortarlas, acudir al podólogo.

- EVITAR TRAUMATISMOS, ROCES Y LESIONES: no caminar descalzos, examinar el calzado antes de ponerlo, utilizar siempre calcetines

(de algodón, lana o lino, preferiblemente sin costuras), no utilizar ligas y no aplicar una fuente de calor directa (bolsa de agua caliente, almohadillas eléctricas...) por el riesgo de quemado.

- CALZADO ADECUADO: es fundamental elegir un calzado adecuado, ya que una de las principales causas de ulceración es el calzado inadecuado y/o mal ajustado. Deberá utilizarse un calzado lo suficientemente ancho para que el pie no esté sometido a presión pero no demasiado holgado para evitar rozaduras, evitar zapatos puntiagudos y/o descubiertos a nivel

de los dedos, tacón ancho y de entre 3-4cm de alto, zapatos con suela antideslizante, de materiales de piel fina y blanda, sin costuras interiores, con buena sujeción, comprobar diariamente el interior del zapato, cambiar diariamente zapatos y calcetines, al comprar zapatos, probarlos a última hora del día y en ambos pies, y al estrenarlos usarlos poco tiempo los primeros días.

Si se presentan deformidades o callosidades en los pies, se aconseja utilizar plantillas diseñadas para cada paciente, que alivien la presión o roce en la zona.

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



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