

Síguenos en:



<https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/>



<https://twitter.com/ZHospitalaria>

www.zonahospitalaria.com año III marzoabril2018 n°14

SUMARIO

- 2 Emociones y salud
- 3 Patologías que causan pérdida de visión
- 4 El uso de la vitamina D...
- 6 Feederismo: ¿Fetichismo sexual o pérdida de salud?
- 7 Alimentación en Intolerancia a la Fructosa
- 8 Enfermería y adhesión al tratamiento
- 9 Los jóvenes y el botellón...
- 10 Condimentando con salud
- 11 Despertar intraoperatorio: ¿Sueño o realidad?
- 12 ¿Debo de asustarme ante un sangrado en el eyaculado?
- 13 Recomendaciones generales en fracturas y prótesis de cadera
- 14 Donación de componentes sanguíneos: una opción presente con un gran futuro
- 16 El trastorno límite de personalidad
- 17 Manejo perioperatorio en el paciente oncológico
- 18 Artrosis de rodilla
- 20 La psicosis puerperal: una complicación postarto
- 21 Varicocele: diagnóstico y tratamiento
- 22 Anticoagulación oral en consulta de enfermería
- 23 Recomendaciones para pacientes portadores de sonda vesical
- 24 La Puerta verde de Panticosa

EJEMPLAR GRATUITO

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



¡¡**Hola primavera!!**

Zona Hospitalaria Aragón/Padre Consolación, 19. 50003 Zaragoza **Edita** PubliSic Estudio de Comunicación S. L. **Dirección** Alfredo Erroz **Subdirección** Patricia Erroz **Redacción** (aragon@zonahospitalaria.com) **Diseño y Producción** PubliSic **Publicidad** 695 480 160 **Depósito Legal**: NA 2225/2014 **ISSN**: 2386-8651. **Distribución** 10.000 ejemplares.

© **PubliSic S.L.** El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia.
El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista.



Emociones y salud

Maria Victoria Santa Eulalia Gonzalvo, Ángela Forcén Vicente de Vera, Pilar Lamuela Morales y Ana Liso Bandrés. Enfermeras Especialistas en Salud Mental Sector Zaragoza II
Carmen Santa Eulalia Gonzalvo. Enfermera Especialista en Salud Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza II
Irene Luna Fernández. Enfermera y Terapeuta ocupacional. Sector Zaragoza II

Las emociones son reacciones que todos experimentamos: alegría, tristeza, miedo, ira... Son conocidas por todos nosotros pero no por ello dejan de tener complejidad. Aunque todos hemos sentido la ansiedad o el nerviosismo, no todos somos conscientes de que un mal manejo de estas emociones puede acarrear un bloqueo e incluso la enfermedad.

El hombre posee una serie de capacidades que nos permiten reaccionar de forma adecuada a las situaciones que se nos presentan a lo largo de nuestra vida y que son importantes para adaptarnos al medio y sobrevivir. Estas maneras de reaccionar son comunes a todas las personas aunque provengan de diferentes culturas lo que significa que son fundamentales para nuestra adaptación. Debemos activar y gestionar los recursos de que disponemos para que cuando vuelva a darse la situación obtengamos un mejor resultado, una mejor adaptación.

Emociones positivas y negativas

Podemos distinguir entre emociones positivas, es decir, aquellas que producen una experiencia emocional agradable (alegría, orgullo, gratitud, ternura, interés...) y emociones negativas, aquellas que producen malestar psicológico o desagrado (miedo, tristeza, ira, ansiedad...).

Las emociones positivas forman parte de nuestro bienestar, favorecen el manejo del estrés, facilitan el rendimiento y mejoran las relaciones sociales y la salud. Las negativas, en un primer momento se consideran adaptativas, es decir, nos ayudan a protegernos de determinados problemas, pero cuando ese

malestar y activación fisiológica se mantiene en el tiempo, se pueden llegar a hacer crónicas y es cuando hablamos de desórdenes emocionales.

Es importante prevenir estas situaciones teniendo una buena información y desarrollar habilidades para poder manejar las emociones. Esto ayudará a que los estados negativos no lleguen a ser tan intensos y por tanto protegerán nuestra salud.

¿Que es la regulación emocional?

La podríamos definir como aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos, en resumen, todo lo que tratamos de hacer para modificar el estado emocional al que hemos llegado y volver a nuestro estado de ánimo previo. Estas estrategias que utilizamos pueden ser erróneas, es decir, en lugar de ayudarnos están contribuyendo a empeorar la situación, como por ejemplo una persona que tiene trastorno de angustia y utiliza la evitación de lo que origina esas sensaciones físicas de angustia y la rumiación (darle vueltas una y otra vez). En vez de quitar importancia a las sensaciones físicas (revaloración cognitiva), centrarse en cosas diferentes que nos generan ansiedad (re-focalizar la atención) y asumir cierto grado de malestar sin llegar a crear un problema (aceptación).

¿Qué es la inteligencia emocional?

La Inteligencia Emocional (IE) se ha concebido como "una habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y la de los demás promoviendo un crecimiento emocional e intelectual" (Mayer y Salovey, 1997, p.10).

En la actualidad pueden distinguirse dos posturas a la hora de conceptualizar la IE: el modelo de habilidad o ejecución y el modelo de rasgo.

La primera conceptualización concibe la IE como una habilidad similar a la inteligencia cognitiva en cuanto a su concepción y evaluación. Así, Mayer, Salovey y Caruso (2000) plantean que la IE puede ser entendida como una forma de inteligencia social, separada de la inteligencia general y que tiene relación con la emoción y la cognición. El modelo de IE de Mayer, Salovey y Caruso (2004) propone 4 habilidades básicas:

- 1) la habilidad para percibir las emociones propias y de los demás.
- 2) para utilizar las emociones con el fin de facilitar la toma de decisiones.
- 3) para conocer las emociones.
- 4) para regular las emociones propias y de los demás.

Así pues, esta capacidad para identificar y gestionar las propias emociones, así como de empatizar hacia los demás, juega un papel importante a la hora de razonar o reflexionar sobre una situación problemática. La IE es una habilidad que unifica las emociones y el razonamiento, facilitando un razonamiento efectivo y un modo de pensar más inteligente ante las situaciones problemáticas.

En los últimos años el estudio de la IE ha cobrado un gran interés entre la comunidad científica por sus potenciales implicaciones beneficiosas en la salud física y mental (Martínez, Piqueras y Ramos, 2010) y cómo no a la hora de afrontar demandas internas (p.ej.: problemas emocionales, de salud física, etc.) o externas (p.ej.: problemas de relaciones sociales, etc.).

Patologías que causan pérdida de 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

**YANGUAS
ÓPTICOS**

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com



DMAE (Degeneración Macular Asociada a la Edad), glaucoma, retinopatía diabética, retinosis pigmentaria, miopía magna, y otras enfermedades, 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°.

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.

Como le cambió la vida a José Luis

José Luis tiene DMAE (Degeneración Macular asociada a la edad), desde hace 2 años. Ha sido tratado por el oftalmólogo con éxito, su degeneración macular no ha avanzado, gracias a tratamientos oftalmológicos.

José Luis continúa con sus revisiones periódicas habituales. Actualmente lleva gafas progresivas, pero no ve bien con ellas ni con ninguna otra gafa.

José Luis, es una persona de 68 años, muy activa, no se conforma con la respuesta "no puede ver más".

José Luis acudió a **YANGUAS ÓPTICOS** Baja Visión. Nos explicó su día a día y nos manifestó sus discapacidades visuales para varias tareas cotidianas: "No puedo leer, no puedo ver el ordenador, escribo torcido hacia arriba y me molesta muchísimo la luz".

En **YANGUAS ÓPTICOS** le explicamos que debido a la Degeneración Macular no podía ver las caras de las personas ni la lectura, como antes de su enfermedad, pero sí podía caminar sin tropezarse ya que la DMAE no afectaba a su visión periférica.

Se le explicó que evaluando su resto de visión, intentaríamos magnificar el tamaño de las letras, a un tamaño que él pudiera ver y que le rehabilitáramos para que leyera, que no iba a ver como antes pero que iba a conseguir leer.

En el caso de José Luis magnificándole dos aumentos, conseguía leer, a través de un microscopio.

En **YANGUAS ÓPTICOS** le concertamos dos sesiones de Rehabilitación Visual, para que José Luis se beneficiara al máximo de esta ayuda visual.

Para el deslumbramiento, las patologías oculares influyen en el paso de la luz, cuando entra menos luz de lo habitual en el ojo, hay una reducción de agudeza visual y del contraste, y una desaturación de los colores, que provoca un deslumbramiento.

LOS FILTROS SELECTIVOS controlan la cantidad de luz que entra en el ojo, aumentando de una forma eficaz el contraste y la resolución, minimizando el deslumbramiento.

En el caso de José Luis se realizó la prueba de filtros en condiciones exteriores, un día de sol, en una zona arbolada con sombras y pasando luego a una zona con mucha luz.

El filtro elegido se lo prescribimos en una montura que no deja pasar la luz, ni frontal ni lateral.

La respuesta de José Luis fue muy satisfactoria a este tipo de ayudas. Ha recuperado de nuevo el hábito de lectura, y no padece deslumbramientos al salir a la calle.

Una vez que el oftalmólogo ha acabado con su tratamiento, cualquier persona que teniendo serios problemas visuales producidos por patologías como degeneración macular, retinopatía diabética, glaucoma, catarata no operable, retinosis pigmentaria o miopía magna, con dificultad para realizar tareas habituales con sus gafas convencionales, puede beneficiarse de estas ayudas tanto ópticas como electrónicas.

En **YANGUAS ÓPTICOS** los optometristas especialistas en baja visión, le evaluaremos su resto de visión e intentaremos darle más autonomía en actividades de su vida diaria.

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

VITAMINA D

El uso de la vitamina D en trastornos no esqueléticos

Javier Moreno Díaz. Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Ana Martínez González. Servicio de Rehabilitación. Hospital de Barbastro, Huesca.

Ana Lucía Figueredo Cacacho. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

José Andrés Guirola Ortiz. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Si bien en los países desarrollados es extremadamente raro encontrar casos de raquitismo y osteomalacia, es cada vez más frecuente encontrar déficits subclínicos de Vitamina D, siendo más frecuente en ancianos y en regiones con menos horas de luz solar durante el invierno. Su deficiencia puede acarrear problemas a nivel exoesquelético como por ejemplo a nivel inmunitario o cardiovascular.

Los valores de normalidad y deficiencia están sujetos a controversia, si bien lo más aceptado queda reflejado en la **Tabla 1**: Se considera que valores por encima de 30 ng/dL minimizan el riesgo de caídas y fracturas. En las siguientes líneas hablaremos de los trastornos no esqueléticos asociados a la deficiencia de Vitamina D dado que, a parte de su papel en la homeostasis del calcio y la osificación, regula otras muchas funciones celulares.

Función Muscular

Los estudios disponibles hablan de una relación directa en niños y ancianos entre los niveles de déficit de vitamina D y la debilidad muscular. No se conoce con excesiva claridad los mecanismos por los que ocurre esto ni se ha asociado los aportes de vitamina D a una franca mejoría clínica, pero si se ha visto una mejor recuperación tras el ejercicio.

Tabla 1

Deficiencia	< 30 ng/dL (75 nmol/L)
Niveles Insuficientes	30-50 ng/dL (75-125 nmol/L)
Niveles Recomendados	>50 ng/dL (>125 nmol/L)

En los estudios realizados basados en la administración de Vitamina D parece que puede mejorar la fuerza muscular global en pacientes muy deficitarios.

Otro punto de interés es el riesgo de caídas en ancianos, donde los últimos estudios sugieren la combinación a dosis bajas de Vitamina D (700-1000 UI/día) junto a calcio, ejercicio y medidas generales para su prevención.

Sistema Inmune

Muchas de las células de nuestro sistema inmune expresan receptor de Vitamina D, por lo que puede modular la respuesta inmune. Sin embargo, en adultos sanos, el aumento exógeno de niveles de vitamina D no parece reducir el número de infecciones de vías respiratorias altas; además, su relación con las enfermedades autoinmunes sigue siendo poco claro. Revisaremos ahora alguna de las enfermedades en las que el descenso de niveles de vitamina D parece tener relación con su patogenia y evolución.

• **Esclerosis Múltiple:** Existe un gran estudio con militares estadounidenses en el

cual se evidenció un aumento de hasta dos veces el riesgo de padecer esta enfermedad en aquellos pacientes con niveles de Vitamina D menores a 20 ng/mL (50 nmol/L). Sin embargo no se han realizado estudios que valoren su administración de forma preventiva, por lo que actualmente no se aconseja.

• **Asma:** En este punto hemos de decir que las enfermedades con componente alérgico (asma o eccemas) se han estudiado con asociaciones contrarias a favor y en contra de los niveles de Vitamina D. Además, los ensayos son pequeños y dejan poco claro si la administración de Vitamina D puede ser eficaz en la prevención de las agudizaciones.

• **Infecciones de vías respiratorias altas:** En un metaanálisis se demostró que la administración de vitamina D disminuyó el número de infecciones agudas de vías altas. En el análisis por subgrupos fue mayor el beneficio en el grupo de pacientes que presentaban peores niveles basales de Vitamina D, por lo que el estudio concluyó que la indicación de tratar era más por prevenir problemas derivados del riesgo de osteomalacia/osteopenia más que por disminuir el número de infecciones.

• **Agudizaciones de EPOC:** La administración

de Vitamina D no recude las exacerbaciones, por lo que no se justifica su uso para este concepto.

- **VIH:** El déficit de vitamina D se ha asociado en pacientes VIH como marcador de aterosclerosis, si bien existen pocos estudios relevantes y, de los que disponemos, la cantidad de pacientes es limitada. Por tanto, actualmente no se considera su uso por este motivo. Únicamente se recomienda en caso de valores por debajo de 20 ng/dL como prevención de enfermedad ósea. Se cuenta actualmente con pocos estudios sobre el uso de Vitamina D y la relación con el estado inmune de los pacientes, pero parece disminuir la activación de monocitos y la activación de Linfocitos T cuando se administra a dosis altas.

- **Lupus Eritematoso Sistémico:** Debido a la reducción de la exposición solar de los enfermos de Lupus, es necesario monitorizar sus niveles. Se recomienda su aporte para prevención de osteopenia, sobre todo en pacientes en tratamiento prolongado con corticoides.

Patologías Cardiovasculares

Aunque existen estudios observacionales que han asociado el déficit de vitamina D con el riesgo de padecer patología cardiovascular, no se ha encontrado reducción del riesgo con

aportes exógeno. A continuación comentaremos algunos aspectos de estas patologías.

- **Hipertensión Arterial:** Sabemos que la raza y la localización geográfica de los pacientes hace que varíe en gran medida las tasas de hipertensión, siendo en los países con menos horas de sol más tendentes a padecerla. Si relacionamos los estudios preclínicos que hablan del poder regulador de la Vitamina D en el sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona podemos encontrar causalidad en cuanto a que niveles más bajos de ésta pueden incrementar el riesgo de hipertensión e hipertrofia ventricular.

- **Eventos Cardiovasculares:** La relación con los niveles de vitamina D y las enfermedades cardiovasculares es mucho más amplia que solo su asociación con hipertensión. El estudio Framingham objetivó que niveles deficitarios predisponían a padecer eventos antes que los pacientes con niveles superiores a 15 ng/dL. Por este motivo se han realizado numerosos estudios para valorar el aporte de vitamina D, sin que se haya concluido que aumentar los niveles disminuyan los factores de riesgo cardiovascular.

Embarazo y resultados gestacionales

En la actualidad, este tema se encuentra poco estudiado con carencias en cuanto a las recomendaciones a realizar para el aporte de suplementos.

Existe algún estudio que evidencian niveles más bajos de Vitamina D en embarazadas con diabetes gestacional, preeclampsia y nacidos de bajo peso si bien los resultados pueden ser inconsistentes.

Actualmente no se recomienda el uso universal de Vitamina D en embarazadas, siendo además controvertido el momento de aportar los suplementos en caso de déficit si bien lo más aceptado es a partir del final de primer trimestre.

Conclusiones

La Vitamina D parece tener un potencial mucho mayor que la regulación exclusivamente del hueso y metabolismo fosfocálcico. Actualmente solo se aconseja el uso de Vitamina D a dosis de 700-1000 UI/día para prevenir el riesgo de fracturas y el riesgo de caídas en ancianos. No se ha encontrado causalidad entre la deficiencia de Vitamina D y las distintas patologías en los estudios revisados.

Contrate una póliza y podrá disfrutar durante 1 año de un **10% dto. adicional** en la contratación de la **segunda póliza**

PACK MULTIPÓLIZA

10% DTO. ADICIONAL

Seguro de Hogar

Hasta un **25%* DTO.**

+10%

Multirriesgo de Accidentes

Hasta un **25%* DTO.**

+10%

Seguro de Motos

Hasta un **75%* DTO.**

+10%

Seguro de Auto

Hasta un **60%* bonif.**

+10%



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

www.amaseguros.com
902 30 30 10 / 913 43 47 00

Síganos en      

y en nuestra APP 

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación. Consultar fechas de la promoción y condiciones en su oficina provincial A.M.A.



Feederismo: ¿Fetichismo sexual o pérdida de salud?



Laura Reviejo Tallón
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00199

Es muy común el refrán, “todos los extremos son malos”, frase muy conocida y en lo referente a la salud, todavía más. La sociedad actual está constantemente preocupada por unos cánones de belleza que han llevado a muchas mujeres y hombres a padecer TCA (Trastornos de la conducta alimentaria) debido a la extrema delgadez. Pero en estos últimos años, ha surgido una tendencia completamente opuesta a este canon de mujer delgada y sin curvas.

Algunos expertos opinan que esta nueva tendencia es una consecuencia de la gran presión social por alcanzar unos cuerpos esculturales. Este prototipo de imagen delgada conlleva a reprimirse de forma constante con la comida y a través de observar comer a los demás, se satisfacen las propias necesidades y a esto se aferra esta nueva moda.

Placer en la ingesta de comida

Hablamos de FEEDERISMO, que se define como una forma de Fetichismo sexual hacia los sujetos con obesidad y grandes curvas. Se experimenta placer y erotismo hacia todas aquellas actividades que resultan de la ingesta de elevadas cantidades de comida con la finalidad de aumentar el peso y el volumen abdominal.

En esta nueva tendencia, el placer reside en comer y engordar hasta pesos que comprometen la salud, ya que, la última finalidad, es que la mujer adquiera dimensiones con las cuales no pueda valerse por sí sola, es decir, no tenga autonomía. El Feederismo, que encuentra el placer en la ingesta de comida y el aumento de peso, consta de dos figuras (roles) muy bien diferenciados dentro de la pareja. Tenemos al hombre “Feeder” el cuál es el encargado de alimentar a su pareja o compañera la “Feede” la cual es la que ingiere los alimentos que elige el hombre y la que va subiendo el peso con cada una de las ingestas. Existen en las redes sociales a día de hoy, páginas web en las cuales tanto los “Feede” como las “Feede” pueden ir contando sus experiencias y la causa de su decisión y de su estilo de vida. En estas páginas también se gravan ingiriendo cantidades enormes de comida la cual no es en ningún momento saludable.

Satisfacer el ideal de una pareja

Un acto muy típico en estos festines es que, al mismo tiempo que van comiendo, su pareja les va tocando el abdomen para verificar que se va dilatando. Se alimentan incluso con sondas y embudos en los cuales incluyen alimentos líquidos y calóricos (helados, batidos hiper calóricos ...) con el consiguiente riesgo de ahogarse. El prototipo de esta pareja suele ser un hombre delgado que experimenta el placer al ver como su Feede va aumentando el peso y su volumen abdominal. Pero al igual que la extrema delgadez puede tener repercusiones serias para la salud, de

las cuales las pacientes que padecen TCA son conscientes. Pero, es mayor el afán por un cuerpo delgado, que lo que implica el llegar a conseguirlo. En esta tendencia pasa lo mismo. Entramos aquí en el tema ético. ¿Estas ingestas incontroladas de comida basura y el aumento excesivo de peso hasta llegar a unos valores de 140 o 150 kg son necesarios para satisfacer el ideal de una pareja? Ellos son completamente conscientes de las repercusiones para la salud que supone esta forma de vida, pero les compensa el placer por comer y engordar. “Estamos gordos porque comemos grandes cantidades de comida y nos encanta”. Es uno de los comentarios que se pueden leer en estas webs.

Al igual que se hacen críticas relacionadas con cuerpos excesivamente delgados ya que son un riesgo para la salud y comprometen la calidad de vida y la vida de estas personas. Cabe pensar, que estas prácticas en las cuales las mujeres (sobre todo) aumentan su peso hasta valores de IMC excesivos sean catalogadas también como perjudiciales. Un peso excesivo y una ingesta elevada de productos procesados, suponen un factor de riesgo cardiovascular, aumento de la incidencia de cáncer, diabetes, poca autonomía ...

En conclusión, por mucha moda que exista con curvas o sin ellas, lo primero que hay que buscar es la salud de las personas y en este caso el Feederismo no es una práctica saludable y compromete la calidad de vida y la autonomía de las mujeres que son alimentadas por sus parejas con un fin meramente sexual.

Alimentación en Intolerancia a la Fructosa



Ana Fonlo Barreu
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARAOO167

Cada vez se diagnostican más casos de intolerancia y/o alergias alimentarias y quién las padece seguro que al principio se presenta con muchas dudas sobre cómo debería de ser a partir de ahora su alimentación. En primer lugar habría que diferenciar entre alergia e intolerancia. En la alergia alimentaria existe una reacción del sistema inmunológico mientras que cuando se da una intolerancia alimentaria el sistema inmunitario no juega ningún papel, sino que el problema es metabólico y digestivo.

Para hablar de intolerancia a la fructosa, primero hay que saber qué es la fructosa.

La fructosa es un monosacárido (azúcar simple que se encuentra en las frutas y verduras). Aunque también podemos ingerirlo en forma de sacarosa, ya que la sacarosa está formada por glucosa y fructosa, que tras ser absorbida, da estas dos moléculas. También hay que prestar atención a los alimentos que contienen sorbitol (E-420), un edulcorante muy utilizado en la elaboración de alimentos, que tras ser metabolizado puede dar fructosa.

Malabsorción e intolerancia hereditaria a la fructosa

¿Y cuál es la diferencia entre la Intolerancia

hereditaria a la fructosa (IHF) y la malabsorción o intolerancia a la fructosa?

La **malabsorción a la fructosa** se da cuando las células del intestino no son capaces de absorber total o parcialmente la fructosa, generando molestias intestinales como gases, dolor abdominal, diarrea, náuseas, pesadez de estómago... Puede ser reversible o irreversible. El tratamiento nutricional en este caso será evitar alimentos que contengan fructosa, sacarosa o sorbitol según tolerancia individual, según el grado de intolerancia, evitando los que más los contengan.

Teniendo en cuenta que los alimentos que contienen sacarosa o sorbitol no nos interesan tanto a nivel nutricional, no habría tanto problema, pero sí algunos alimentos que contienen fructosa cuyo valor nutricional es muy importante, como son las frutas y verduras, por lo que habría que ir probando como van sentando los diferentes alimentos, siempre eligiendo aquellos con menos cantidad y elegir la fruta menos madura, de esta forma el azúcar no está tan disponible.

La **Intolerancia hereditaria a la fructosa** se da cuando la persona que la padece no contiene la enzima necesaria para metabolizar la fructosa, es decir, son capaces de absorberla pero no de metabolizarla, la enzima deficiente es la fructosa-1-fosfato-aldolasa. Al no poderse metabolizar se acumula un metabolito

tóxico en el organismo, con numerosas repercusiones como: disfunción hepática, náuseas, vómitos, bajo peso en niños, hipoglucemia, ictericia... Así pues en este caso se restringen los alimentos que contengan fructosa, sacarosa o sorbitol para siempre.

Leer el etiquetado nutricional

Tanto para una patología como para la otra es muy necesario conocer la composición de los alimentos, y saber cuáles contienen fructosa, sacarosa y/o sorbitol, y en qué cantidad. De forma natural lo contienen frutas, verduras, hortalizas, miel y azúcar. Pero de forma añadida puede estar presente en numerosos productos como son las bebidas edulcoradas, zumos, chocolates, caramelos, chicles, galletas, bebidas azucaradas, fruta en almíbar, alcohol, embutidos, pates... Muchos medicamentos y jarabes para niños también lo contienen, así como en numerosos alimentos para diabéticos... En estos casos aprender a leer el etiquetado nutricional de cada alimento es vital.

Tras un buen diagnóstico por el médico, se debería planificar una dieta variada y equilibrada adecuada para cada una de estas patologías en manos de un profesional cualificado, como es el dietista-nutricionista, ya que al eliminar alimentos tan importantes como la fruta y la verdura pueden desarrollarse carencias nutricionales.



Enfermería y adhesión al tratamiento

Alicia Sánchez García. Centro de Salud Torrero-La Paz

Muchos de los estudios actuales coinciden en la tendencia de un excesivo consumo de fármacos y no se conoce la causa a la que es debido este hecho. España es un país donde hay un gran envejecimiento de la población, aumenta la edad y aumentan las enfermedades crónicas. Cada vez hay más medicamentos eficaces pero su grado de control es bajo debido a una falta de adherencia hacia ellos.

El diseño de los fármacos tiene como propósito curar, prevenir o aliviar síntomas en las personas. Si no hay alguno de estos motivos no se deberían de usar sin una prescripción por un profesional de salud y una vez cumplida su misión se deberían de retirar o controlar su administración.

Si un fármaco se consume inadecuadamente puede ser lesivo. Desde la edad adulta se puede disminuir la aparición de enfermedades ¿Cómo? cambiando el estilo de vida. En esta labor la enfermera le puede ayudar porque informa, controla y educa para prevenir.

Interacción de los medicamentos

A partir de los 65 años se suele acudir más al centro de salud, viendo una sala de espera habitualmente la media no baja de 65 años en general. Aparecen enfermedades y dolencias propias de la edad, nuestros órganos van envejeciendo y no funcionan igual que tiempo atrás. Tenemos fecha de caducidad aunque en las últimas décadas gracias a un mejor estilo de vida, a los avances tecnológicos y a la promoción y prevención de la salud, la esperanza de vida se ha alargado y ya no hay viejos tan viejos, hay otras edades.

Las personas mayores de 65 años cuando acuden a su médico a consultar por una sintomatología o problema de salud, pueden ser diagnosticados con alguna enfermedad como hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, cardiopatía, cáncer, enfermedad pulmonar... Tras la realización de alguna prueba analítica y diagnóstica o ser derivados a un especialista acaban con una o varias prescripciones de fármacos que mejorarán o aliviarán sus problemas de salud.

Se suele iniciar una cascada de prescripciones que pueden conllevar otro tipo de sintomatologías producidas por la interacción de los diferentes fármacos que deben tomar.

Llamamos polimedicadas a las personas que consumen cinco o más fármacos y si hay comunicación interactiva con el profesional de salud los resultados mejorarán los niveles de cumplimiento o adhesión. Una mala gestión puede aumentar la gravedad, evolución y consecuencias de los problemas de salud ocasionando también costes económicos elevados.

La persona es un ser holístico, se concibe como un todo y no solo como la suma de sus partes, se hace mayor y tiene que asumir cambios en su estilo de vida debido a la aparición de enfermedades crónicas, encuentra dificultades para controlarlo y el papel de intervención de la enfermera puede reforzar el plan terapéutico prescrito.

Una actividad de enfermería en el centro de salud es la entrevista con el paciente o cuidador donde nosotras valoramos la adherencia al tratamiento de los mismos. Se revisan los medicamentos que aporta el paciente (bolsa de medicamentos) y comprobamos si coinciden con los registrados en la historia clínica. Valoramos la adherencia al tratamiento mediante un test de Morisky- G- Levine.

Hacemos una valoración del grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y medicación.

Detectamos si hay algún problema relacionado con los medicamentos e intentamos resolver las dudas planteadas por el paciente o por su cuidador.

Detectamos casos de mala adherencia al tratamiento debido a factores como:

- Miedo a los efectos secundarios.
- Efectividad baja, confían en el consejo de su médico pero a veces los pacientes expresan tener dificultad para comprenderlo y cuestionan la efectividad de su uso.
- Varios prescriptores al recetar diferentes fármacos pueden inducir duplicidades de tratamiento.
- Olvidos, dificultad para tomarlos.
- Desconocimiento, no saben para que lo toman.

- Cambio de medicación, nombre o apariencia, (genéricos) causa confusión.
- Dudas cuando los beneficios de tomarlos son poco claros y reducen la dosis por su cuenta y riesgo o no toman el medicamento recetado.

- Agobio por tener que tomar tantos de por vida, lo cual les puede afectar socialmente en sus relaciones.

Las personas mayores se vuelven más olvidadizas. Se hacen fármacos complicados de usar Si se detectan problemas cognitivos debemos estar más alerta.

La adherencia terapéutica fue definida por la OMS como "el grado en el que el comportamiento del paciente se corresponde con lo acordado o recomendado por los profesionales de la salud, en lo que se refiere a la toma de su medicación, en el seguimiento de una alimentación adecuada o en los cambios en su estilo de vida".

Atención de enfermería

Las enfermeras enseñamos en la consulta a que se sea participe de su propio cuidado. Se trabaja directamente con los pacientes para detectar problemas y resolverlos en relación al uso de los fármacos, todo ello a través del proceso de atención de enfermería. Proporcionamos una información adecuada sobre la farmacoterapia, explicamos la importancia de la adherencia al tratamiento y adiestramos en el uso de los medicamentos para conseguir evitar los errores más frecuentes. Intentamos que la desconfianza que muestran a veces porque saben que son beneficiosos pero a su vez pueden producirles otros problemas de salud desaparezca explicándoles más detenidamente sus efectos, esto disminuye la ansiedad que sufren a veces y miedo a tomarlos.

Es importante que los pacientes sean responsables de su salud ejerciendo parte activa en su tratamiento, para ello deben estar informados y motivados y enfermería les informa adecuándose a la edad y a capacidad para entendernos.

Los jóvenes y el botellón: Conductas mediadas por la personalidad

Amaya Carceller Tejedor. Psicóloga Hospital San Jorge Huesca

Un estudio de la Universidad de Barcelona sobre los jóvenes que practican el botellón ha revelado que el perfil de personalidad de riesgo varía según el sexo, ya que, pese a que el consumo intensivo de alcohol es multicausal, las chicas que beben alcohol son ansiosas y los chicos impulsivos.

En el grupo de los jóvenes bebedores intensivos del botellón se constataron diferencias entre sexos, de forma que las mujeres tendrían una personalidad caracterizada por un nivel elevado de neuroticismo-ansiedad y los hombres por una elevada impulsividad-expulsión de sensaciones.

Perfiles de personalidad de riesgo

El consumo intensivo de alcohol es un fenómeno multicausal, pero nuestros datos indican que las mujeres obtendrían con la bebida un refuerzo más emocional, mientras que el refuerzo en los hombres estaría relacionado con la reducción de la tensión vinculada con la impulsividad. Los resultados de su estudio son muy relevantes para prevenir estas conductas en personas con estos perfiles de personalidad de riesgo.

Estos resultados pueden favorecer el diseño de programas personalizados de prevención y tratamiento de este problema de salud pública, que en España afecta al 35 % de los

hombres y el 20 % de las mujeres de entre 20 y 24 años. El consumo intensivo de alcohol suele comenzar alrededor de los trece años, tiende a aumentar durante la adolescencia, con un pico en la edad adulta (entre 18 y 22 años), y luego disminuye gradualmente.

Por tanto, el abandono de esta práctica será más fácil para las personas que no tengan estos perfiles de personalidad que se han detectado, mientras que será más complicado para las personas que tengan una personalidad más impulsiva o ansiosa, que podrían llegar a desarrollar un trastorno adictivo u otras patologías mentales graves.

Además, las razones que empujan a los adolescentes y a los jóvenes a practicar el conocido "botellón" son varias, según refieren ellos mismos: Como diversión, para 'beber por beber', sentirse mejor, desinhibirse, gastar menos dinero, no quedarse solo o controlar la calidad de las bebidas. También refieren hacerlo para asegurarse de que toman bebidas de mayor calidad, ya que en los bares es muy frecuente que te pongan una bebida de una calidad muy inferior a la que teóricamente solicitas.

Encuestados 4.083 jóvenes

Lo ha averiguado un equipo de psicólogos de la Universidad de Valencia (UV) tras encuestar a 4.083 chicos y chicas de 14 a 25 años.

Lo que esperan obtener de este consumo es

sentirse más habladores, desinhibirse y estar eufóricos, aunque este aspecto desinhibitorio es más esperado entre los que cursan estudios en la Universidad que entre los adolescentes. Estos últimos buscan en el alcohol los siguientes efectos secundarios: sentirse bien, confiar más en sí mismos, ser más valientes y relajarse.

Se deduce que uno de los motivos principales del botellón no es sólo la diversión, sino que el consumo en sí mismo tiene el mismo nivel de importancia. Queda muy clara la equiparación entre ambos conceptos, lo que explica la confusión entre los motivos para hacer botellón y para consumir alcohol... No puede obviarse que se trata de un fenómeno que refleja la tradición española de vincular la bebida con el ocio. Por ello, las alternativas deben ir más allá del propio joven, el cual simplemente refleja la internalización y réplica, adaptada a las circunstancias, de un modelo de ocio aprendido. Si las nuevas opciones de ocio se enfocan, en cambio, hacia los adolescentes, y si se valora que ellos esperan que el consumo les permita mejorar algunos estados personales, éstas deberán focalizarse hacia el refuerzo de la autoestima sin tener que recurrir por ello a la bebida.

Referencias:

- el mundo.es salud (23/10/2008)
- el confidencial.com (03/08/2016)

Condimentando con salud



Mª Pilar Álvarez Ruiz
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARAOO210

¡Sabor! Nos gusta la vida con sabor, la comida con sabor. Y en la actualidad, pese a saber sus inconvenientes para la salud, el condimento más utilizado es la sal. Sabemos que su consumo en exceso nos produce hipertensión, retención de líquidos y, con ello, un aumento de la obesidad, pues aumenta la sensación de sed y puede incrementarse también el consumo de bebidas con azúcar. Por costumbre o por desconocimiento, pero la sal está presente en casi la totalidad de nuestros platos.

Si observamos, podemos comprobar que, en otras culturas, no solo no utilizan prácticamente la sal, sino que en su lugar se utilizan como condimento en la cocina, multitud de especias, como la guindilla, la cayena, el ajo, el chile. En nuestra cultura podemos presumir de tener un valioso tesoro, mundialmente conocido, como es nuestra dieta mediterránea. Es nuestra seña de identidad nutricional, una herencia cultural que día a día se mantiene firme y que no solo son una serie de recomendaciones nutricionales, sino que vas más allá. A parte de ser rica y saludable, es también un conjunto de hábitos, un estilo de vida en el

que se recogen recetas, tecnologías culinarias, costumbres, actividades diversas, alimentos propios. Es un ejemplo a seguir de vida activa, sana y saludable.

Hierbas aromáticas y especias

Algo muy arraigado, una característica en la forma de cocinado mediterránea, es el uso de especias y hierbas aromáticas. Entre las más destacadas, nos encontramos el perejil, el orégano, la albahaca, el pimentón, el romero. Y así una infinidad de hierbas, que nos dan infinitas formas de uso y cocinado, cada una con su sabor y sus características propias. Además, podemos presumir de tener especias con denominación de origen, con sello propiamente nuestro, como son el pimentón de La Vera y el azafrán de La Mancha, entre otras. En la actualidad, se han puesto de moda otras especias, presentes siempre en nuestra cultura, pero que están más en auge. Una de ellas es el cilantro. No solo es una especia típica del Mediterráneo, sino que se puede utilizar como base para la elaboración de varias salsas de acompañamiento.

Por un lado, las especias y hierbas aromáticas tienen la capacidad de darle sabor a los alimentos, cambiando también su aroma y su aspecto. Un pescado en salsa adquiere un color verde que nos recuerda a lo natural de nuestra dieta con unas simples hojas de perejil. Por otro lado, aumentan la palatabilidad de las comidas, haciendo que una simple patata pueda transportarnos a la Toscana italiana

solo con un toque de orégano.

También cabe destacar que estas sustancias, de origen vegetal, son ricas en sustancias fotoquímicas, con conocidas propiedades antioxidantes, antibacterianas y antiinflamatorias. Por dicha composición, algunas de ellas pueden incluso mejorar la digestión ya que ayudan a estimular las secreciones digestivas. También ayudan a reducir los gases intestinales y reducen por ello las flatulencias. Con ello, hacen que las comidas sean más atractivas y se disfruten más, aportando salud y nutrición. Han sido utilizadas desde tiempos inmemoriales y se han ido pasando, de generación en generación, atribuyéndoles dichos beneficios y atributos.

Deberíamos, por todo ello, dejarnos guiar por el uso de tan excepcionales alimentos y seguir los pilares fundamentales de nuestra dieta mediterránea. Disminuir el consumo de alimentos ultra procesados, muchos de ellos ricos en sal, y disminuir la cantidad de sal adicionada conscientemente. Y para ello, deberíamos aprovecharnos de nuestras hierbas aromáticas y especias, añadiéndolas a nuestra alimentación diaria. Nos van a proporcionar ese sabor que buscamos, ese gusto por lo bueno y ese fomento de una buena salud y alimentación. Seremos capaces de mejorar nuestra vida por sus múltiples beneficios en nuestro organismo.

Cambiemos nuestros hábitos y condimentemos nuestros platos con salud.

Despertar intraoperatorio: ¿Sueño o realidad?



Nekane Urrestarazu Esporrín. Facultativa especialista en Anestesiología y Reanimación. Hospital San Jorge. Huesca.
Blanca Oliván Lafuente. Facultativa especialista en Anestesiología y Reanimación. Hospital San Jorge. Huesca.
Julia Ungría Murillo. Facultativa especialista en Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Lozano Blesa. Huesca.
Lucía Bentué Oliván y María Abad Sanz. Facultativas especialistas en Anestesiología y Reanimación. Hospital de Barbastro.

Muchos pacientes durante la consulta preanestésica que se realiza antes de una cirugía programada o incluso instantes previos a su entrada a quirófano muestran su miedo o ansiedad ante el posible hecho de estar conscientes durante una intervención quirúrgica.

El despertar intraoperatorio (DIO) consiste en un nivel inadecuado de consciencia durante un procedimiento médico realizado bajo anestesia general, que genera recuerdos acerca de dicho procedimiento en el paciente. Cabe destacar que los sueños intraoperatorios no se engloban dentro del DIO.

¿Cuáles son las funciones de la anestesia general?

La anestesia general tiene como objetivos fundamentales la inconsciencia, la amnesia, la analgesia y la inmovilidad del paciente.

¿Cuál es la incidencia del DIO?

Una cifra aproximada de entre 1 y 2 de cada 1000 pacientes sometidos a anestesia general refiere un recuerdo inesperado de sucesos que se producen durante el procedimiento anestésico, pudiendo llegar al 1% en pacientes de riesgo. Estos recuerdos pueden conllevar efectos adversos de tipo psicológico y problemas médico-legales para el anestesiólogo responsable.

¿Cuáles son los factores de riesgo para presentar un DIO?

- Infradosificación de agentes anestésicos: Principal causa.
- Tipo de cirugía: Obstétrica, cirugía cardíaca,

pacientes sometidos a procedimientos para vía aérea difícil, cirugías de emergencia.

- Antecedente de DIO.
- Ingesta crónica de alcohol, sedantes, o resistencia genética a anestésicos.
- Sexo y edad: Más frecuente en mujeres y niños.

¿Cuáles son las causas del DIO?

Las causas del DIO son desconocidas, por lo que se asume que su origen es multifactorial. Entre las causas más frecuentes se encuentran:

- Causa desconocida: Hasta en un 35% de los casos.
- Superficialidad anestésica: 37%.
- Pacientes inestables hemodinámicamente (por su pobre tolerancia a los anestésicos).
- Errores en la medicación.
- Anestesia total intravenosa.
- Dificultades para intubación.

¿Cómo se puede diagnosticar un DIO?

No hay unas pruebas estandarizadas para su diagnóstico. Se utilizan varios cuestionarios y modelos interrogatorios. En el caso de que se sospeche DIO, el paciente debe ser interrogado a los 1-3 días y a los 7-14 días, por la posibilidad de presentar recuerdos tardíos.

¿Cuáles son las complicaciones del DIO?

Casi un 80% de los pacientes que presentan DIO desarrolla efectos psicológicos tempranos, que pueden variar desde alteraciones del sueño a trastornos de ansiedad.

El otro 20% corresponden a los síntomas tardíos, que pueden evolucionar hasta producir un trastorno de estrés postraumático ante vivencias tales como la incapacidad de moverse en el intraoperatorio o el dolor. Clínicamente se manifiesta como un revivir de fragmentos del episodio en forma de pesadillas, rechazo a las visitas médicas o a hospitales y ansiedad o miedo crónico.

¿Cómo sabe el anestesista si estoy despierto durante la cirugía?

Existen métodos para monitorizar la profundidad anestésica como el BIS o la entropía. Consisten en unos sensores que se aplican en la zona frontal del paciente y monitorizan determinados parámetros. A través de una serie de algoritmos, estos parámetros se traducen en una cifra numérica que estima la profundidad anestésica.

¿Qué hay que hacer ante un paciente que ha presentado DIO?

Ante la sospecha de un paciente que ha podido presentar DIO, hay que tomar una serie de medidas:

- Entrevista detallada para verificar lo sucedido durante la cirugía y tratar de explicar al paciente lo ocurrido, siempre desde un punto de vista empático y tranquilizador.
- Ofrecer soporte psicológico temprano.
- Hacerlo constar en su historia clínica.
- Ante una cirugía programada y sabiendo el antecedente de DIO, realizar una adecuada premedicación con fármacos amnésicos, así como monitorización intraoperatoria de la profundidad anestésica de forma exhaustiva.



¿Debo de asustarme ante un sangrado en el eyaculado?

*Teresa Cabañuz Plo; Marta Viridiana Muñoz Rivero y María Jesús Gil Sanz
Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

¿Qué es la hemospermia?

Lo primero que debemos saber acerca de este síntoma es que no hay que alarmarse. La hemospermia o hematospermia se define como la aparición de sangre en el eyaculado. Se suele producir como episodio único, sin asociar otros síntomas y de manera autolimitada.

Es algo infrecuente pero que provoca un gran estrés y alarma en el paciente, sin embargo, esto no debe ser así, ya que en la gran mayoría de los casos la causa es benigna. Solamente en un pequeño porcentaje (entre un 10 y un 15%) de pacientes mayores de 40 años puede tener un origen maligno. En torno al 70 % de los casos en pacientes menores de 40 años la causa es idiopática, lo que significa que no se encuentra ninguna justificación para la hemospermia. Otras causas probables pueden ser infecciones del tracto urinario (en la próstata o en la uretra

principalmente) obstrucciones en las vesículas seminales, cálculos en la próstata, condilomas o relacionadas con la actividad sexual (coitos o masturbaciones prolongados). En pacientes mayores de 40 años puede tener un origen maligno aunque esto es muy poco frecuente.

¿Cómo se diagnostica la hemospermia?

El diagnóstico viene dado por el paciente que consulta por visualizar un eyaculado de color rojo-marrónáceo, generalmente sin ningún otro síntoma asociado. Ante una hemospermia persistente se debe remitir al urólogo para valoración. En pacientes menores de 40 años se debe realizar una exploración urológica completa (con exploración de genitales y tacto rectal) para descartar que no haya anomalías que justifiquen el sangrado y solicitar cultivo de orina y serologías para descartar infección. En pacientes mayores de 40 años además de

lo anterior se recomienda solicitar un PSA (antígeno prostático específico) para descartar patología maligna prostática y si persiste la hemospermia se pueden solicitar pruebas de imagen o cistoscopia (visualizar la uretra y la vejiga mediante una cámara endoscópica) aunque esto generalmente no es necesario.

¿Cuál es el tratamiento de la hemospermia?

Como ya hemos comentado, en la gran mayoría de los casos la causa es benigna por lo que lo primero es tranquilizar al paciente. Si se objetiva alguna causa que justifique la hemospermia se debe realizar tratamiento de la misma. En caso de infección se dará tratamiento empírico con antibióticos hasta obtener los resultados de los cultivos. En casos persistentes se puede tratar con antiinflamatorios y descongestivos prostáticos. En los pocos casos en los que el origen sea una patología maligna se realizará el tratamiento más óptimo para la misma.

Recomendaciones generales en fracturas y prótesis de cadera

Ixea Abós Navarro. *Fisioterapeuta del Servicio de Rehabilitación del Hospital San Jorge (Huesca)*

Dra. Ana Paniego López. *Médico rehabilitador del Servicio de Rehabilitación del Hospital San Jorge (Huesca)*

La información proporcionada a continuación está destinada a pacientes que han sufrido una fractura de cadera o a sus familiares. La fractura o prótesis de cadera es la rotura o recambio del hueso del fémur en la parte más próxima a la ingle.

Este tipo de fracturas ocurre principalmente en personas mayores, que habitualmente presentan una osteoporosis ósea (descalcificación de los huesos). Son fracturas graves pues producen un deterioro del estado general de salud, al empeorar o agravar las enfermedades previas que pudiera tener.

Son fracturas que requieren una intervención quirúrgica para posibilitar una temprana incorporación a la vida diaria. La operación consiste en introducir un clavo o una placa metálica en el hueso del fémur, o bien colocar una prótesis de cadera que sustituya a la cabeza del fémur, según sea el tipo de fractura. Este tipo de fracturas requieren la utilización de andador o muletas durante un periodo de tiempo, así como una serie de precauciones al sentarse, levantarse de la cama, caminar, que se le enseñarán al paciente durante su estancia en el hospital en el área de rehabilitación. Cuando se produce el alta del paciente en el hospital, el paciente va a requerir de ayuda y cuidados especiales durante un tiempo por familiares o personal adecuado, por lo que rogamos tenga prevista con antelación esta situación.

A continuación citaremos una serie de recomendaciones en diferentes situaciones cotidianas.

Cuidados posturales en la cama

Entre en la cama por el lado de la pierna sana, sentado en el borde con la pierna operada estirada hacia delante, échese hacia atrás lentamente (no se deje caer).

Para bajar de la cama salga por el lado operado, acérquese al borde de la cama sin cruzar las piernas. Apoye el codo que tiene más cerca del borde e incorpore el cuerpo, manteniendo la pierna operada estirada y flexione ligeramente la sana, gire el cuerpo apoyando las manos en el colchón. Le resultará más fácil entrar y salir de la cama si la altura del colchón le llega a sus rodillas. Para no cruzar las piernas mientras duerme, coloque una almohada entre las piernas y no gire las piernas ni hacia adentro ni hacia fuera.

Como sentarse y levantarse

Para levantarse de una silla, estire la pierna operada, flexione la sana, apoye las manos en el reposabrazos, tome impulso y levántese cargando el peso sobre las manos y la pierna sana. Para sentarse, colóquese de espaldas a la silla hasta notar que toca la silla con las pantorrillas. Estire la pierna operada hacia delante. Apoye las manos en los reposabrazos. Inclíne el cuerpo ligeramente hacia delante evitando una flexión excesiva y baje hasta sentarse. Estando sentado, no se incline mucho hacia delante para atarse los zapatos o colocarse los calcetines, use calzador.

No se siente en asientos muy bajos de modo que su rodilla nunca debe estar más alta que su ingle. Busque sillas con reposabrazos y que el asiento caiga por encima de la altura de las rodillas, son preferibles las sillas altas. Evite cruzar las piernas.

Como caminar

Cuando el médico le indique que ya puede iniciar el apoyo de la pierna operada, podrá usar andador y posteriormente muletas.

Con el andador adelántelo y colóquelo a una distancia corta de más o menos un paso. Lleve hacia delante la pierna operada. Adelante la pierna sana, apoyándose en el andador y procurando no echar mucho peso sobre la pierna operada.

Con muletas adelante primero las dos muletas, luego la pierna operada y después la sana. En los giros, debe hacerlo con pasos cortos hacia el lado del giro, preferiblemente girar sobre la pierna sana. Apoye primero el andador o bastones, luego la pierna operada y después la sana. Evite girar sobre sus pies.

Como subir y bajar escaleras

Para bajar, primero baje las muletas, luego la pierna operada y después la sana. Use los pasamanos en caso de que haya.

Para subir, primero apoye en el escalón la pierna sana, luego la operada y por último apoye las muletas.



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones

Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com

Donación de componentes sanguíneos:

Una opción presente con un gran futuro

Dr José María Domingo

Director Técnico del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón

Dr. José Antonio García Erce

Director del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra



La donación de sangre es uno de los pilares básicos de la Salud. Es fundamental para el aseguramiento de una Sanidad moderna y de calidad. Toda la asistencia quirúrgica, oncológica, de trasplantes y de los servicios de Urgencias se sustenta, entre otros hechos, en la disponibilidad de componentes sanguíneos. El aseguramiento de este suministro de sangre, componentes sanguíneos y hemoderivados necesita, entre otras cuestiones, la solidaridad y generosidad del colectivo de donantes sanos, altruistas y voluntarios. Uno de los pilares del Plan Nacional de Hemoterapia, junto a la seguridad y el uso óptimo, es el autoabastecimiento de los mismos.

Estamos inmersos en un sistema que busca ofrecer el nivel más elevado de seguridad y calidad para los pacientes, a la vez que busca volver a humanizar nuestras relaciones. Para conseguirlo son diversas las partes del circuito transfusional en las que podemos y debemos actuar. Una de ellas es la donación de componentes sanguíneos mediante sistemas de aféresis. Se trata básicamente de efectuar la donación de aquellos componentes que son más adecuados atendiendo a las características del donante y a las necesidades de los pacientes y del Centro de Transfusión. Para ello se deben seleccionar adecuadamente a los donantes candidatos, de modo que cumplan como mínimo, además de los requisitos

generales para ser donante, los siguientes: Ser donantes asiduos y tener buen acceso venoso; es muy importante además un elevado nivel de compromiso con el proyecto, de cara a mantenerse sanos en la medida de sus posibilidades y a acudir a donar cuando se les cite para ello; lo deseable en este aspecto es que el donante abandone la sala de donación con la cita para el próximo proceso, siendo esa la mejor señal de que el donante está satisfecho con su donación.

Duración del proceso

Para este tipo de donación se emplean separadores celulares; los hay de diferentes marcas y modelos, pero todos ellos emplean sistemas cerrados en los que la sangre extraída al donante es centrifugada, los componentes son separados, y aquellos que deseamos obtener son transferidos a las correspondientes bolsas de recolección, mientras que los que no son necesarios se devuelven al donante.

La duración del proceso es variable en dependencia del componente obtenido, del flujo venoso y del recuento celular del donante, pero se suele situar aproximadamente en 40 minutos para la obtención de 600 cc de plasma, 45 minutos para obtener una doble eritrocitaféresis y entre 60 y 80 minutos para obtener dos unidades de plaquetas; en el caso de una donación multicomponente la duración suele estar entre 35 y 50 minutos. Los productos obtenidos tienen las mismas indicaciones de utilización que los obtenidos tras donaciones de sangre total, es decir, el empleo de concentrados de hematíes, pla-

quetas o plasma para uso transfusional se ciñe a las recomendaciones establecidas y que vienen perfectamente reflejadas en la Guía de la SETS del año 2015.

Los efectos adversos de la donación son mínimos y absolutamente equiparables a la donación estándar de sangre total. Los equipos empleados son de un solo uso, por lo que no existe posibilidad de contagio para el donante. Los sistemas tienen protocolos de seguridad para evitar cualquier riesgo para el donante y los problemas más habituales pueden derivar del propio acceso venoso, con la aparición de un hematoma en la zona de punción o cierto dolorimiento por estar conectado durante un tiempo prolongado. El empleo de soluciones anticoagulantes (citrato) puede producir parestesias en algunos donantes, pudiendo ser mitigadas con la toma de suplementos de calcio.

Periodos entre donaciones

Los periodos que deben respetarse entre donaciones son diferentes a los habituales, y dependen del tipo de componente obtenido. De este modo se pueden donar plaquetas cada 2 semanas si se precisa, sin superar las 24 donaciones al año; se puede donar 600 ml de plasma por sesión con un máximo de 15 litros /año, mientras que se pueden realizar 2 eritrocitaféresis dobles cada año; en el caso de donaciones multicomponente se respeta el tiempo del componente cuyo intervalo entre donaciones sea superior. Esta mayor frecuencia de donación se debe a la recuperación más rápida en el donante de algunos componentes

como las plaquetas o el plasma, cuya reposición es casi inmediata.

De hecho, las ventajas superan con creces a los problemas que puedan surgir; existen ventajas para el donante como son la satisfacción de estar ayudando anónimamente a una persona que lo necesita con unos productos de elevada calidad y rendimiento, la posibilidad de efectuar donaciones de sangre total intercalando entre ellas donaciones de componentes, siempre respetando los tiempos mínimos entre ellas; además el donante va adquiriendo un compromiso firme con el procedimiento, dada su mayor frecuencia de donaciones y el tiempo que pasa efectuando su donación, conformando de manera casi imperceptible pero cierta una sensación de pertenencia al proceso y de interacción con el equipo técnico.

Existen además ventajas notables para los receptores de estos productos, entre las que están: La mayor frecuencia de donaciones hace que los donantes estén sometidos a un mayor control clínico y analítico; permite además obtener plasma cuarentenado con mayor facilidad que las donaciones estándar; de hecho el plasma ideal para uso transfusional es el procedente de aféresis y sometido a cuarentena. En el caso de los concentrados de plaquetas dado el elevado rendimiento

de los procesos de aféresis, el contenido de una unidad es el requerido para una dosis en un paciente adulto, mientras que se precisan las plaquetas de 5 donaciones estándar para el mismo objetivo; esto reduce en 5 veces los riesgos transfusionales, tanto infecciosos como inmunes, y adquiere especial relevancia en pacientes pediátricos, mujeres jóvenes o adultos sometidos a múltiples transfusiones (trasplantes, hemopatías agudas...). Lo mismo ocurre si los dos concentrados de hematíes procedentes de una doble eritrocitaféresis se administran al mismo paciente, reduciéndose a la mitad los riesgos transfusionales.

Actualmente la mayoría de Centros de Transfusión y Bancos de Sangre del país estamos inmersos en campañas de sensibilización, información y captación de donantes para incrementar el número de aféresis a nivel nacional; contamos para ello con la inestimable colaboración de las Hermandades de Donantes y a buen seguro que conseguiremos el propósito de mejorar aún más la seguridad de los pacientes transfundidos; no debemos olvidar que para ello precisamos a donantes con un elevado grado de compromiso.

Sería nuestro deseo que, del mismo modo que debemos conseguir que el hecho de donar sangre sea algo totalmente natural e integrado en nuestra sociedad, lograr que los do-

nantes que cumplan los requisitos para ello se conviertan en donantes de aféresis, haciendo de este tipo de donación una opción con un futuro prometedor y apasionante para todos.

Donación de aféresis

Invitamos a todos nuestros donantes a que, mientras continúan donando, al menos dos veces al año - como mejor indicativo de seguridad y calidad-, pregunten por la donación de aféresis. Esta donación sabemos que es incluso más segura y muy bien tolerada. Nuestro sistema sanitario les necesita, esta donación es fundamental para acercarnos a la autosuficiencia de hemoderivados. También nos dirigimos a aquellos que nunca han donado, para que se acerquen a preguntar y lo intenten, y a aquellos que no puedan donar para que nos ayuden en la promoción.

Referencias

- Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. Sociedad Española de Transfusión Sanguínea. 5ª edición. 2015.
- Mollison's Blood Transfusion in Clinical Medicine. 12th Edition. Wiley Blackwell. 2014.
- Manual práctico de Medicina Transfusional. JM Domingo, JA Moreno, M. Paricio eds. Marzo 2013.

PubliSic ESTUDIO DE COMUNICACIÓN

30 años asesorando a empresas vinculadas con la salud de las personas

liderazgo

planificación

gestión

estrategia

gota a gota
cumplimos
los objetivos

venta

calidad

acciones

marca

Alfredo Erroz (COMUNICACIÓN'86 IESE'05 ESIC'06) | M 695 480 160 | www.publisic.com
ZARAGOZA: Padre Consolación, 19 | PAMPLONA: Benjamín de Tudela, 35

El trastorno límite de personalidad

Carmen Marco Espinosa. Enfermera. Residente de enfermería de primer año de Salud Mental en Zaragoza.
Irene Luna Fernández. Enfermera. Terapeuta Ocupacional. Residente de enfermería de primer año de Salud Mental en Zaragoza.

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es una enfermedad mental grave que se caracteriza por inestabilidad emocional, déficit en el control de la impulsividad, relaciones interpersonales inestables y alteración en la autoimagen.

El término de Trastorno límite de Personalidad fue utilizado por primera vez en 1930, pero no es hasta 1980 cuando se incluye en el DSM-III. Originalmente se definió como "el límite entre la neurosis y la psicosis".

Prevalencia

La prevalencia del TLP es aproximadamente de un 2% en la población general. Representa un 20% de los enfermos de psiquiatría hospitalizados y se diagnostica principalmente en mujeres representado un 75% frente a un 25% en hombres.

EL TLP es el más prevalente dentro de los Trastornos de Personalidad, siendo además considerado el más disruptivo debido a las conductas desadaptativas (tendencia a las autolesiones, gestos autolíticos repetidos, ideación suicida...) con las que cursa y que acarrearán gran sufrimiento tanto personal como de terceros.

Diagnóstico

El TLP generalmente comienza durante la adolescencia o adultez temprana, aunque algunos estudios señalan que los primeros síntomas pueden ocurrir durante la niñez. Existen varios criterios diagnósticos de los cuales se deben cumplir cinco para poder hablar de TLP:

1. Diversos actos para evitar el abandono que puede ser real o imaginario.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables que se deslizan entre dos polos: la idealización y la devaluación.
3. Alteraciones de la identidad, por ejemplo, en la autoimagen.
4. Impulsividad en diferentes ámbitos (dinero, sexo, abuso de sustancias...).
5. Automutilación o intentos suicidas recurrentes.
6. Gran reactividad en el estado de ánimo que desemboca en inestabilidad afectiva.
7. Sentimiento de vacío crónico.
8. Dificultades para controlar la ira.
9. Síntomas disociativos graves.

Se debe realizar diagnóstico diferencial con otras patologías mentales, como los trastornos psicóticos, los trastornos del estado de ánimo (trastorno bipolar, depresión, distimia) y otros trastornos de la personalidad.

Comorbilidad

Es muy frecuente encontrar junto al Trastorno Límite de Personalidad otras enfermedades mentales que pueden dificultarnos el diagnóstico, así como la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

En el caso de las mujeres es más frecuente encontrar junto al TLP otros trastornos como la depresión mayor, trastornos de ansiedad, o trastornos de la alimentación. Sin embargo, en los hombres es más probable que se encuentren trastornos de abusos de sustancia y el trastorno de personalidad antisocial.

Aproximadamente el 85% de personas que

padecen TLP cumplen criterios diagnósticos para otras enfermedades mentales.

Tratamiento

El tratamiento del TLP debe ser individualizado según la singularidad de los síntomas y de las enfermedades comórbidas que se dan en cada caso.

Farmacológicamente no existe ninguna medicación aprobada de forma específica para el tratamiento de estos pacientes, aunque existen tres dimensiones psicopatológicas que son los principales objetivos de la farmacoterapia:

- Regulación afectiva inadecuada.
- Descontrol impulsivo-conductual.
- Síntomas cognitivos-perceptivos.

Con respecto a estos objetivos se recomienda el uso de antidepresivos en concreto ISRS y estabilizadores del ánimo para regular la afectividad y controlar la impulsividad y antipsicóticos para tratar los síntomas disociativos.

Con respecto a la psicoterapia, el objetivo es reducir las conductas disruptivas y mejorar los síntomas. Existen diferentes alternativas, que podemos dividir en dos corrientes:

ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA:

- Terapias psicodinámicas.
- El tratamiento basado en la mentalización.
- Psicoterapia basada en la transferencia.

ORIENTACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL:

- Terapia centrada en el esquema.
- Terapia cognitivo-conductual.
- Terapia dialéctico-conductual/comportamental.

Manejo perioperatorio en el paciente oncológico

Blanca Oliván Lafuente. Facultativo especialista en Anestesiología y Reanimación. Hospital San Jorge. Huesca

Lorenzo Bergua Salas. DUE. Hospital San Jorge, Huesca

Clara M^a Bibián Getino. Facultativo especialista en Geriátrica. Hospital de Barbastro. Huesca

Andrea Mur Til. Facultativo especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital San Pedro. Logroño

El manejo perioperatorio del paciente con cáncer supone un reto debido a la variada patología con la que éste puede estar asociado, además de las alteraciones fisiológicas causadas por el propio cáncer (alteraciones inmunes, de la vía aérea, de la hemostasia, alteraciones electrolíticas, etc.).

A esto se añaden los efectos causados por el tratamiento médico, como corticoides, quimioterapia o radioterapia y las complicaciones inherentes a manejos quirúrgicos radicales. Por todo ello, y por su frecuente mal estado general y desnutrición en muchos casos, el paciente oncológico debe ser considerado como un paciente de alto riesgo.

Además, debido a que la esperanza de vida ha aumentado en los últimos años y al avance de los tratamientos médicos, cada vez es más frecuente encontrarnos pacientes con cáncer que deben ser sometidos a cirugía curativa o paliativa.

Preparación preoperatoria

Es tan importante en la consulta preoperatoria la valoración del estado físico del paciente, como del estado emocional.

En cuanto al estado físico, en la mayoría de las ocasiones, son pacientes que presentan diferentes grados de desnutrición que van a variar en función de la situación y el estadio de su enfermedad. Pueden presentar alteraciones electrolíticas y analíticas que deben ser optimizadas antes de la cirugía, como la anemia y las alteraciones de la hemostasia. Asimismo, es necesario tener en cuenta la localización y el tipo de tumor, por si ello puede influir en el manejo anestésico o de la vía aérea, como ocurre con las neoplasias de cabeza y cuello.

En el paciente oncológico, debemos prestar especial atención a las posibles alteraciones fisiopatológicas (alteraciones renales, pulmonares, hepáticas...), así como síndromes paraneoplásicos.

Al igual que en todos los pacientes, oncológicos y no oncológicos, es importante revisar el tratamiento médico en el momento previo a la cirugía, pues en ocasiones puede ser necesaria la suspensión de algún fármaco o el ajuste de otros.

A nivel emocional, son pacientes que la mayoría de las ocasiones presentan cierto grado de trastorno de ansiedad o depresivo de carácter reactivo, al que se añade el estrés y el miedo que supone enfrentarse a una cirugía importante.

¿Qué tipo de anestesia es mejor para un paciente con cáncer?

No hay una técnica de elección, y ninguna técnica que haya demostrado beneficios respecto a otra.

La técnica anestésica ideal para el manejo quirúrgico de estos pacientes deberá fundamentarse en el conocimiento estricto de las condiciones generales del paciente y la cirugía por realizar.

Clásicamente, la anestesia general ha sido siempre preferida en la mayoría de los casos, debido a la larga duración de la mayoría de las intervenciones. Sin embargo, actualmente se ha centrado la atención en las técnicas combinadas (anestesia general más anestesia regional) con todas las ventajas que esto representa, como por ejemplo un adecuado control del dolor postoperatorio.

Otras consideraciones en el paciente oncológico, son la posible dificultad de canalización de vías venosas, debido a que la quimioterapia

frecuentemente deteriora las venas periféricas, la posible dificultad de intubación y de manejo de vía aérea en pacientes con tumores de cara y cuello, así como en pacientes sometidos a radioterapia en dichas zonas, y la frecuente necesidad de transfusión sanguínea.

Cuidados postoperatorios y control del dolor

El control del dolor en el paciente con cáncer supone un desafío, ya que en muchos casos son pacientes en tratamiento crónico con opioides debido a dolor oncológico por metástasis óseas.

Es necesario un riguroso control analgésico multimodal, que puede hacerse combinando analgesia endovenosa y bloqueos nerviosos periféricos o neuroaxiales tipo epidural.

Otro punto importante en el postoperatorio es la profilaxis tromboembólica, ya que se ha demostrado que estos pacientes tienen un riesgo aumentado de eventos tromboembólicos en el periodo perioperatorio respecto a pacientes no oncológicos.

Además, muchos van a necesitar nutrición parenteral, como son en muchos casos los postoperatorios de cirugías del tracto digestivo, de cabeza y cuello, por lo que será necesaria una vía venosa central.

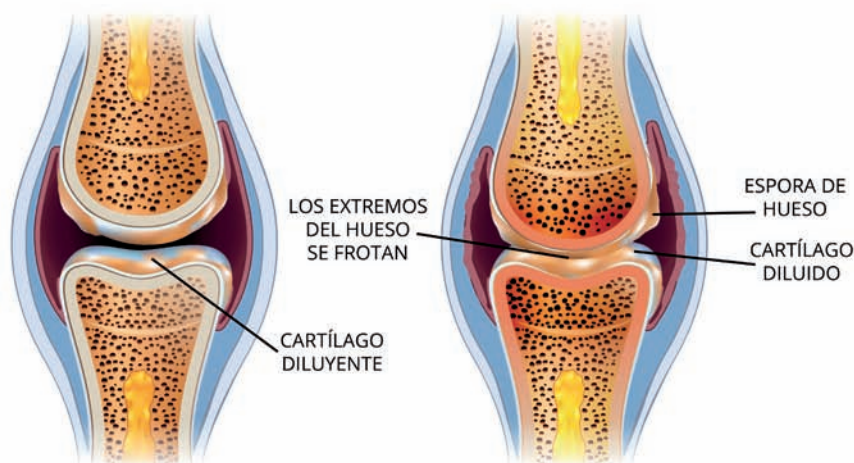
Como son pacientes, en general, inmunodeprimidos, son frecuentes las complicaciones infecciosas y constituyen una de las causas más importantes de morbi-mortalidad en los pacientes oncológicos, por lo que el conocimiento adecuado de estas complicaciones y su correcto manejo y prevención son determinantes para reducir la elevada mortalidad asociada a estos cuadros.

ARTROSIS DE RODILLA

ARTICULACIÓN NORMAL



DESTRUCCIÓN DEL CARTÍLAGO



Artrosis de rodilla

José Félix Martínez Juste. Facultativo Especialista en Anestesiología y Reanimación.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Jara Altemir Trallero. Facultativo Especialista en Endocrinología y Nutrición.

Hospital General San Jorge. Huesca

La artrosis es la más común de las enfermedades articulares y constituye una de las principales causas de consulta para el médico de atención primaria. Es una enfermedad degenerativa que se produce al alterarse las propiedades mecánicas del cartílago y que se acompaña de afectación de otras estructuras de la articulación como son el hueso subcondral, la cápsula articular y la membrana sinovial, entre otras.

Se produce la degeneración del cartílago articular, motivado por la sobrecarga, que se va progresivamente erosionando, se fisura, adelgaza e incluso llega a desaparecer. La pérdida del cartílago origina cambios en el hueso adyacente cuya respuesta produce deformaciones e intentos de regeneración. Se desencadenan fenómenos inflamatorios secundarios, que son muchas veces la causa de que la artrosis produzca síntomas como el dolor, alteraciones de la movilidad y del funcionamiento normal de la articulación, conduciendo al enfermo a una progresiva discapacidad para las actividades cotidianas.

Prevalencia

Su prevalencia aumenta con la edad. Constituye la causa más importante de discapacidad entre los ancianos en nuestro país y en otros del mundo occidental. Su prevalencia en España en los mayores de 20 años es de un 10,2% en la rodilla, alcanzando hasta 30% en mayores de 60 años.

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo reconocidos se encuentran la edad y el sexo femenino, mientras que el componente genético tiene una baja asociación con la artrosis de rodilla, a diferencia de lo que ocurre en otras articulaciones, como la cadera o las manos. Presentan un mayor riesgo de presentar artrosis de rodilla aquellas personas con sobrepeso y obesidad.

Mientras que la actividad física no ha logrado ser identificada como un factor de riesgo para el inicio o la progresión de la artrosis de rodilla, las lesiones articulares previas sí que se reconocen como capaces de condicionar el desarrollo del fenómeno degenerativo articular típico de la artrosis. Las dos lesiones que tienen mayor relación con el desarrollo de la artrosis de rodilla son la menisectomía mayor

y la rotura del ligamento cruzado anterior. En el caso del ligamento cruzado anterior, la reconstrucción quirúrgica de éste no reduce el riesgo de artrosis de rodilla. En los últimos años se ha identificado como un nuevo factor de riesgo el síndrome metabólico.

Clínica

Los síntomas característicos de la artrosis de rodilla son el dolor, la rigidez articular y la incapacidad funcional, generalmente en ausencia de fiebre, inflamación articular y manifestaciones extraarticulares (cutáneas, vasculares, pulmonares y otras).

El dolor es crónico y de tipo mecánico y se caracteriza por tener un comienzo insidioso, curso lento e intensidad leve o moderada. Además, es un dolor que aparece al iniciar los movimientos (marcha); después mejora y reaparece con el ejercicio intenso o prolongado. A medida que la enfermedad avanza, el dolor aparece cada vez más precozmente y con ejercicios más livianos, para acabar en un estadio en que cualquier movimiento, por pequeño que sea, lo desencadena. Este dolor de la artrosis de rodilla cede o mejora con el reposo. La rigidez articular suele aparecer tras un periodo de inmovilidad prolongado, pero mejora

rápidamente con el movimiento y normalmente presenta una duración menor de 15 minutos. Limitación funcional para realizar tareas de la vida diaria.

Diagnóstico

La osteoartrosis de rodilla es una condición cuyo diagnóstico es eminentemente clínico en función de los signos y síntomas del paciente, los factores de riesgo y las alteraciones presentes en el examen físico. La presentación más común es en pacientes sobre los 50 años de edad con dolor crónico de características mecánicas, que es mayor al iniciar los movimientos, pudiendo disminuir posteriormente, asociado a rigidez articular y a deformidad articular con pérdida de movilidad articular, crepitación y derrame.

Es importante recordar que no existe una correlación directa entre el grado de deterioro articular radiológico y la presentación clínica de los pacientes, pese a lo cual es recomendable tener un estudio básico de rayos en todos los pacientes, aconsejándose la radiografía anteroposterior y lateral de ambas rodillas en bipedestación y la axial de rótula a 30°. En cuanto a los estudios analíticos no existen pruebas de laboratorio específicas para la artrosis.

Tratamiento

No existe un tratamiento conservador de la artrosis de rodilla demostrado como capaz de detener o disminuir el avance de su progresión. Existen una serie de intervenciones que se han postulado como efectivas para la disminución de la sintomatología y la mejora funcional, presentando evidencia sólida de su utilidad la disminución de peso y el ejercicio físico aeróbico asociado a fisioterapia articular.

El ejercicio disminuye el dolor, mejora la movilidad articular y la limitación funcional. No existe suficiente evidencia para recomendar un determinado tipo de ejercicios por lo que deben prescribirse aquellos adaptados a las posibilidades y características de cada paciente. Se recomienda ejercicio moderado y realizado de manera regular, siendo especialmente beneficiosos los ejercicios aeróbicos (como caminar o hacer bicicleta). Se aconseja que sean realizados según la tolerancia del paciente de forma progresiva y gradual, con una frecuencia de 3 o más veces por semana, y una duración de no menos de 20 a 30 minutos.

En relación con los tratamientos farmacológicos disponibles es fundamental diferenciar entre dos grupos: los que poseen un fin netamente analgésico y los que se proponen como condroprotectores o moduladores de la enfermedad.



Dentro de los **medicamentos analgésicos** encontramos:

- **Paracetamol:** analgésico con escaso efecto antiinflamatorio. Es considerado como el fármaco de primera línea en el tratamiento de la osteoartrosis de rodilla por su seguridad, aunque su prescripción debe hacerse de forma individualizada. Es seguro a largo plazo por lo que se recomienda su uso para el control del dolor en tratamientos prolongados

- **Antiinflamatorios no esteroideos (AINE):** fármacos que mediante la inhibición de enzimas COX controlan el proceso inflamatorio y la cascada del dolor. Son más efectivos que el paracetamol en la reducción del dolor y en la mejora del estado general y funcional, sobre todo en pacientes con dolor moderado a grave. Se recomiendan para aquellos pacientes cuyos síntomas no se controlan adecuadamente con paracetamol o presentan afectación inflamatoria articular.

Presentan potenciales efectos deletéreos en su uso a largo plazo. Si hay factores de riesgo gastrointestinal se añadirá un protector gástrico, siendo los efectos secundarios gastrointestinales más frecuentes las diarreas, náuseas, pirosis o dolor abdominal.

Los antiinflamatorios del grupo COXIB son más eficaces que el paracetamol en la reducción del dolor y la inflamación, tienen eficacia similar a los AINE no selectivos y presentan menor tasa de efectos gastrointestinales que estos últimos. Se recomiendan como 2ª línea de tratamiento en pacientes con factores de riesgo gastrointestinal y sin trastornos cardiovasculares conocidos.

- **Corticoides intraarticulares:** agentes antiinflamatorios utilizados históricamente para el tratamiento de la artrosis de rodilla por su capacidad de disminuir el fenómeno inflamatorio, y a través de esto disminuir la sintomatología. Según los estudios que evalúan el uso clínico de los corticoides intraarticulares, éstos sólo han demostrado un efecto beneficioso a muy corto plazo para el alivio del dolor (una semana postratamiento), y a largo plazo no demuestran efectos beneficiosos y pudieran

incluso inducir un aumento del daño del cartílago e incrementar el riesgo de infección articular. Actualmente no se recomienda la utilización de estos compuestos en la práctica clínica.

Dentro del segundo grupo de **medicamentos, postulados como condroprotectores o modificadores de enfermedad**, destacan:

- **Sulfato de glucosamina y condroitín sulfato:** son fármacos eficaces y seguros para el control del dolor y la mejoría funcional de los pacientes con artrosis de rodilla leve a moderada, tomados durante seis semanas. No hay evidencia en cuanto a sus propiedades para regenerar el cartilago dañado. El dolor no mejora tanto cuando se toma durante un período de dos a tres meses, y la mejoría funcional depende de la escala con que se mida dicha función. Ambos medicamentos son administrados por vía oral.

- **Ácido hialurónico:** es un material que se encuentra en grandes cantidades en el líquido articular. Su función es captar moléculas de agua, otorgándole elasticidad y contribuyendo así a la función de distribución de la carga propia de las articulaciones. Posee efectos lubricantes, de barrera mecánica, antiinflamatorio, analgésico y favorece la proliferación del cartilago articular. La evidencia disponible señala que el ácido hialurónico administrado en inyección intraarticular es efectivo en aproximadamente el 60% de los pacientes con osteoartrosis de rodilla produciendo una mejoría sintomática. Es una buena alternativa terapéutica, siendo su alto coste un factor limitante para su uso masivo.

- **Plasma rico en plaquetas:** existe evidencia de mejoría sintomática en los pacientes con artrosis de rodilla, sin embargo su alto coste hace compleja su utilización en la práctica clínica actual.

El tratamiento quirúrgico de la artrosis de rodilla se recomienda en aquellos pacientes en los que ha fracasado el tratamiento analgésico conservador, ya sea por progresión del dolor o la disminución de la funcionalidad articular.

La psicosis puerperal: una complicación posparto

Irene Luna Fernández. Enfermera

Terapeuta Ocupacional. Residente de primer año de enfermería de Salud Mental en UD Aragón. Zaragoza.

María Victoria Santa Eulalia Gonzalvo

Enfermera especialista en Salud Mental en Hospital de Día Hospital Universitario Miguel Servet.

Carmen Marco Espinosa

Enfermera. Residente de enfermería de primer año de Salud Mental en UD Aragón. Zaragoza.

Durante el embarazo y el puerperio aparecen cambios en la mujer (anatómicos, hormonales, sociales...), que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos de salud mental. Cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteración del estado de ánimo durante estas etapas pudiendo englobar desde molestias leves hasta situaciones graves.

Estos problemas a menudo no se detectan o se confunden con otras entidades debido al desconocimiento de la población. Dentro de estos desequilibrios del estado del ánimo encontramos: tristeza, depresión y psicosis puerperal.

Psicosis puerperal

La psicosis puerperal es una psicopatología ya descrita por Hipócrates. En la actualidad no existe un consenso sobre su definición, pero sí existe una sintomatología definida. La prevalencia se estima entre 1-2 casos por cada 1.000 partos.

Dentro de los factores de riesgo encontramos: antecedentes personales de trastornos afectivos (sobre todo trastorno bipolar), historia familiar de trastornos afectivos, complicaciones obstétricas durante todo el proceso (embarazo, parto y puerperio), parto por cesárea, toxico-manías, relaciones sociofamiliares conflictivas...

Manifestaciones bruscas

Las manifestaciones se inician bruscamente entre el tercer y noveno día postparto pudiendo aparecer incluso hasta el sexto mes. Los síntomas suelen comenzar con insomnio, irritabilidad, angustia, ansiedad...

Posteriormente, pueden darse conductas suspicaces, confusión, rechazo de la comida o preocupación excesiva y desproporcionada. Después tiene lugar la fase aguda en la que aparece la actividad alucinatoria y delirante, así como otros síntomas graves.

Principales síntomas

- Variabilidad afectiva.
- Fluctuaciones psicomotrices entre la agitación y estupor.
- Alteraciones en el pensamiento y en el lenguaje oscilando desde la verborrea hasta el mutismo.
- Alteraciones del patrón del sueño.
- Perturbaciones en la percepción del tiempo.
- Falta de contacto con la realidad.
- Delirios y/o alucinaciones.
- Irritabilidad.
- Conducta desorganizada.
- Actos que pueden poner en riesgo la vida del hijo.

Tratamiento

En la fase aguda de la psicosis puerperal es necesaria la combinación de tratamiento farmacológico e ingreso hospitalario. Suelen

pautarse antipsicóticos a dosis elevadas y estabilizadores de ánimo, asociándose con la toma de benzodicepinas para controlar los niveles de ansiedad y/o agitación.

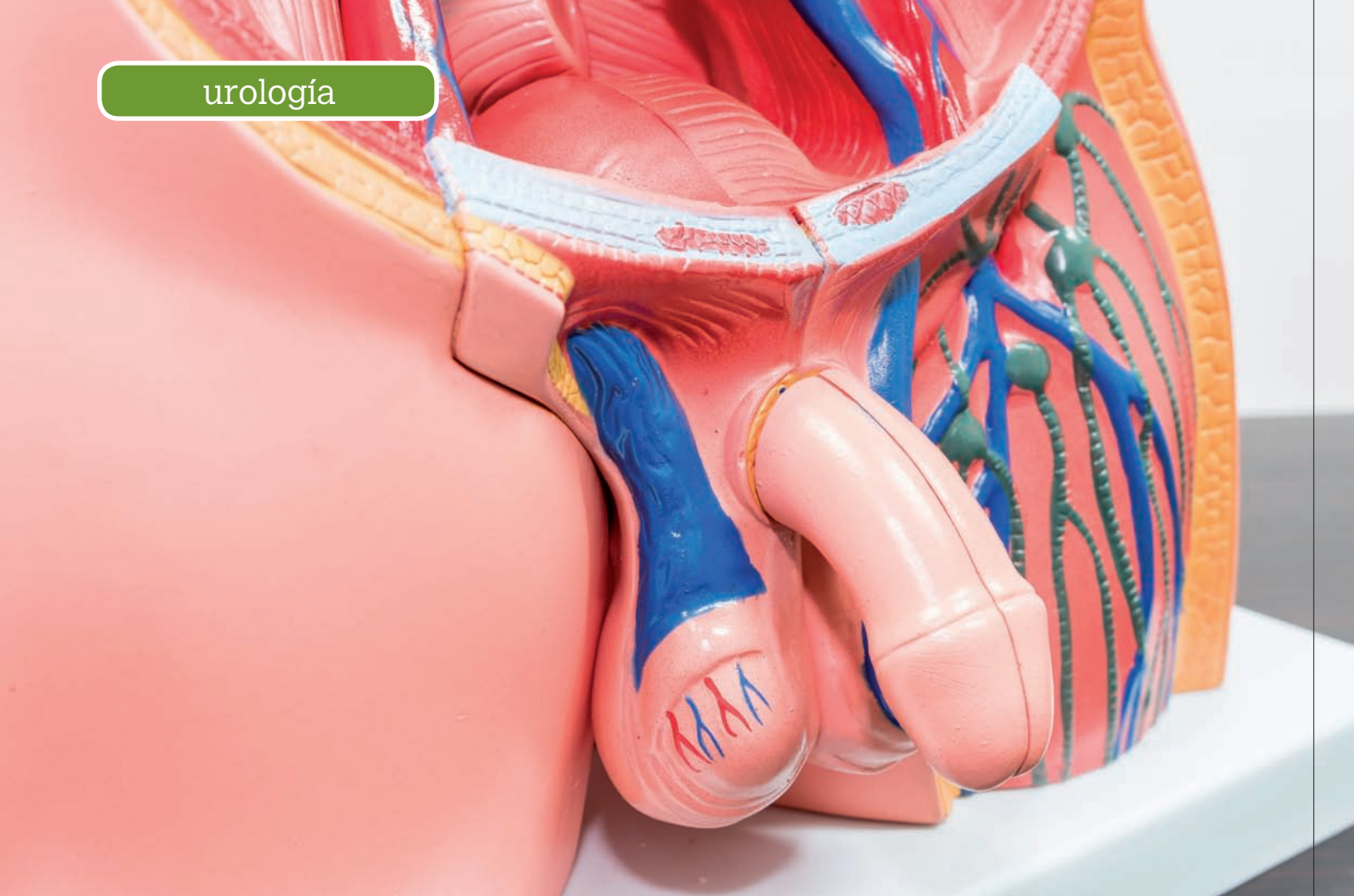
En casos graves, cuando no se evidencia respuesta al tratamiento farmacológico o aumentan los síntomas, puede ser necesario el uso de la Terapia Electroconvulsiva (TEC).

Cuando la sintomatología psicótica ha empezado a remitir es necesario introducir precozmente medidas terapéuticas psicosociales. El restablecimiento de la relación materno-filial es clave para acelerar la mejoría psicopatológica y reasumir el rol materno.

Pronóstico

A corto plazo es bueno. El riesgo de repetición de otro episodio psicótico está asociado a la presencia de embarazos posteriores. Si no se producen más embarazos el 75% de las pacientes no repetirán episodios psicóticos. Sin embargo, en relación con el pronóstico a largo plazo se ha demostrado que un alto porcentaje de pacientes desarrollan patología psiquiátrica sin relación con el puerperio.

Por lo tanto, se considera necesario el seguimiento de las pacientes que han padecido episodios de psicosis puerperal, debido a que la detección y el tratamiento precoz mejoran el pronóstico.



Varicocele: diagnóstico y tratamiento

Marta Viridiana Muñoz Rivero, Teresa Cabañuz Plo, Luis María Rodríguez Vela, Alberto Gonzalvo Ibarra y María Jesús Gil Sanz. Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

Se define el varicocele como una dilatación varicosa de las venas que drenan la sangre de los testículos. Por tanto, el varicocele es una insuficiencia en el drenaje de sangre del testículo, ésta se acumula y aumenta el volumen de las venas. Dicha situación podría dañar el testículo y por ello, la importancia del varicocele radica en el riesgo de infertilidad asociado. Uno de los factores más importantes que intervienen en la disminución de la formación de espermatozoides es el aumento de la temperatura intraescrotal.

Es una patología infrecuente en niños menores de 10 años. Aproximadamente de un 15 a 20% de los adolescentes presentan algún grado de varicocele (resultados similares en adultos).

En el 20% de los adolescentes con varicocele surgen problemas de fertilidad.

El varicocele suele asentarse mayoritariamente en el lado izquierdo, y esto es a consecuencia de la fisioanatomía humana; sin embargo, en ocasiones, puede ser de los dos lados, o rara vez, del lado derecho. En éste último caso,

que suele presentarse en pacientes adultos más frecuentemente, y puede asociarse con otro tipo de patología de carácter más grave (por ejemplo un tumor renal).

¿Cómo se diagnostica el varicocele?

La mayoría de pacientes no presentan síntomas, suele ser un hallazgo casual tras la exploración del escroto.

En ocasiones se asocia con dolor testicular, sensación de masa o peso que empeora cuando el paciente está en pie y mejora al acostarse. También puede presentar disminución del volumen testicular.

En la consulta llevamos a cabo una exploración, y si es necesario, solicitamos alguna prueba complementaria.

Hay diferentes grados de varicocele:

- **Grado 1:** es un varicocele pequeño, que solo puede palparse cuando hay un aumento de la presión abdominal.
- **Grado 2:** varicocele mediano, que se puede palpar sin hacer aumento de presión.
- **Grado 3:** se puede ver el varicocele ya que es grande.

¿Cuál es el tratamiento del varicocele?

El objetivo del tratamiento es mejorar la capacidad reproductiva y suprimir, si es que lo hay, el dolor testicular; por ello, varones que no tienen dolor ni deseo de paternidad, no es necesaria su corrección.

El tratamiento consiste en la ligadura/oclusión de las venas espermáticas. Ello se puede llevar a cabo de diferentes formas. Se puede realizar cirugía, tanto abierta como laparoscópica, como técnicas de embolización o escleroterapia.

En los casos de hombres con infertilidad y varicocele, la corrección del varicocele permite una mayor probabilidad de embarazar. Según las guías de la Asociación Española de Urología, se ha demostrado una mejoría de los parámetros espermáticos tras una varicocelectomía en adolescentes.

No siempre es mandataria la realización de cirugía, ya que las causas de infertilidad pueden ser múltiples y que las técnicas de reproducción asistida pueden ser la forma de lograr un embarazo, sin embargo, parece razonable la indicación de cirugía en pacientes jóvenes no fértiles.

Anticoagulación oral en consulta de enfermería

Laura Sanz Martínez. Graduada en enfermería (EIR EFyC) en Centro de Salud Torrero - La Paz.
Ana Carmen Ferrer Gazol. DUE en Centro de Salud Torrero - La Paz.

El paciente en tratamiento con coagulantes orales que acude a consulta de enfermería de atención primaria, además de la determinación del INR en sangre capilar para valorar la continuación del tratamiento, se incide en la educación sanitaria para mejorar el control y adiestrar al paciente en el manejo de la dosis, actuación en caso de incidencias y conocer alimentos que puedan alterar el INR.

Recomendaciones generales

- Explicar la dosificación del anticoagulante y cómo partir el comprimido si la dosis es 1/8, 1/4, 1/2... registrado todo en su hoja de tratamiento.
- Tome la dosis exacta y no cambie las dosis por su cuenta sin consultarlo.
- Procure tomar la dosis siempre a la misma hora, para crear una rutina y recordar la toma fácilmente. Preferiblemente, por la tarde.
- Para evitar equivocaciones se recomienda tachar diariamente en el calendario la dosis que se toma.
- En caso de olvidos: si olvida tomar la dosis a la hora habitual puede hacerlo más tarde. Si no se acuerda hasta el día siguiente, prescinda de la dosis y tome la que le corresponde ese día. Nunca doblar la dosis para compensar. Avise al profesional sanitario de los errores cometidos, para evitar cambios innecesarios en la pauta.
- No se automedique.
- Las inyecciones intramusculares están contraindicadas, advierta de que toma anticoagulantes.
- No abuse del alcohol. No fume.
- Antes de una extracción dentaria o intervención quirúrgica, acuda al médico responsable de su control.

- Evite el estreñimiento, no utilice enemas sin consultar.
- Si vomita inmediatamente después de tomar el anticoagulante, repetir la toma de la dosis. Si vomita una hora después y ante la duda no vuelva a tomarlo.
- En caso de diarrea (más de 2 días) acuda para nuevo control.

Recomendaciones en la dieta

- Puede comer de todo, de forma variada y equilibrada, sin cambios bruscos.
- Respete dietas previas que le hayan indicado por otras causas (dietas por tensión alta, colesterol o diabetes).
- Evite tomar preparados de herboristería y suplementos vitamínicos, ya que algunos interfieren de forma importante.
- Si va a comenzar una dieta nueva (vegetariana, vegana...) comuníquelo al profesional responsable de su control.

Evitar abusar o realizar modificaciones drásticas en el consumo de:

- Vegetales hoja verde oscura: brócoli, coles, endivias, espinacas, lechuga, perejil, acelga...
- Garbanzos.
- Hígado de cerdo, ternera y cordero.
- Aceite de soja y derivados.
- Espárragos.
- Bollería industrial.
- Margarina, salsa mahonesa.
- Piñones, pistachos, anacardos.
- Frutas secas: pasas, higos, ciruelas.
- Castañas.
- Kiwi.
- Té negro, té verde, rúcula, ajo, anís verde, arándano, onagra, ginseng, manzanilla.

Otras recomendaciones

- **En caso de una herida sangrante:** Comprima de forma continua la zona de la herida con una gasa al menos 15 minutos. Si no cede, acudir al Servicio de Urgencias. Tras sufrir un traumatismo acudir al Servicio de Urgencias.
- **Sangrado por la nariz:** Presione sobre la fosa nasal que está sangrando hasta que la hemorragia pare, si no cesa acudir a su Centro de Salud. Compruebe su tensión arterial.
- **Sangrado por las encías:** Utilizar un cepillo de cerdas suaves y visita al dentista.
- **Sangrado en el ojo:** La hemorragia en la parte blanca del ojo no suele tener importancia. Si nota pérdida brusca de visión debe acudir al Servicio de Urgencias. Vigile su tensión arterial.
- **Sangre en la orina o sangrado vaginal anormal:** Solicite que se le adelante el control y comuníquelo.
- **Sangre en las heces:** Si es roja puede deberse a hemorroides pero también puede ser por otra causa, comuníquelo en el siguiente control. Si las heces son negras y no está tomando hierro, debe acudir a Servicio de Urgencias.
- **Vómito con sangre roja:** debe acudir al Servicio de Urgencias.
- **Dolor de cabeza muy intenso de aparición brusca o dificultad para hablar, pérdida de fuerza, trastorno de visión, pérdida del equilibrio, hormigueo,** acuda al Servicio de Urgencias.

Siempre que acuda a una consulta médica no habitual o al hospital, no olvide comunicar que toma anticoagulantes.

Recomendaciones para pacientes portadores de sonda vesical

Laura Baztán Olleta

Enfermera Centro de Salud de Berdún. Huesca



El sondaje vesical consiste en introducir una sonda (tubo delgado y flexible) a través de la uretra hasta la vejiga, para facilitar la salida de la orina retenida por diferentes causas, generalmente, siendo recogida en una bolsa.

Todo paciente sometido a un sondaje vesical, está expuesto a infecciones. Si es usted portador de una sonda vesical, para asegurar su bienestar y el correcto funcionamiento de la misma, debe seguir las recomendaciones que se facilitan a continuación.

Higiene

- Debe ducharse a diario, no desconectando la sonda de la bolsa. Es preferible la ducha al baño. No olvide lavar la zona donde va introducida la sonda (meato urinario) con agua y jabón. Si es usted mujer, siempre en sentido de adelante hacia atrás (de pubis a ano) y si es usted varón, no olvide retraer el prepucio y limpiar el glande. En ambos casos, aclarado minucioso con agua tibia y secado minucioso.
- El uso de antisépticos en la zona genital no es necesario y resulta ineficaz.
- Después de defecar, limpiar la zona anal de delante hacia atrás.
- Es también muy importante el lavado de manos tanto antes como después de manipular la sonda (tanto par el portador de la sonda, cuidadores o profesionales).

Cuidados del sistema

- La sonda debe estar siempre conectada a una bolsa colectora. No se desconectará la bolsa ni para la higiene ni para el vaciado. Éste se realizará abriendo el grifo o espita de la bolsa (válvula de salida). Evite el uso de tapones en la sonda.

- La bolsa debe VACIARSE cada seis horas como mínimo y siempre que esté llena o con un nivel de más de la mitad de su capacidad. Debe CAMBIARSE cada 8 ó 10 días. También siempre que presente escapes, si se han acumulado sedimentos, si desprende olor desagradable o han ocurrido desconexiones accidentales.

- Utilice la bolsa colectora más cómoda para usted (bolsa de pierna, bolsa grande..)

Si es de pierna, colóquela en la parte externa de la misma, para que al caminar no roce con la otra pierna. Por la noche, las bolsas grandes de mayor capacidad y con el tubo más largo, le permitirán descansar más cómodamente. LA BOLSA SIEMPRE DEBE ESTAR A UNA ALTURA MÁS BAJA QUE LA VEJIGA y nunca debe estar apoyada sobre el suelo (se le facilitarán sistemas de sujeción para pierna, para colocar en soporte de cama...).

- Para que la orina salga sin problemas, hay que evitar que la sonda se acode o que esté muy tensa. Igualmente, hay que evitar los tirones de la sonda y también no introducir más la sonda a través del meato urinario. Si se va a estar en cama mucho tiempo, es conveniente fijar el sistema al abdomen con el fin de dar tirones.

- Todo el sistema colector puede llevarse por debajo de la ropa, garantizando la máxima discreción.

Alimentación

- Beba abundantes líquidos (agua, infusiones, zumos de fruta natural ricos en vitamina C...), salvo que lo tenga contraindicado por otras enfermedades.
- Evite excederse en el consumo de té, café, bebidas alcohólicas o gaseosas; ya que éstas actúan como irritantes vesicales.

- Debe evitar el estreñimiento a través de una dieta rica en alimentos con fibra.

Ejercicio físico

El ser portador de una sonda vesical, no supone ningún impedimento o limitación para realizar, ni sus actividades de la vida diaria, ni un ejercicio físico moderado, saludable y acorde a su edad y preparación física.

Póngase en contacto con su centro de salud en los siguientes casos

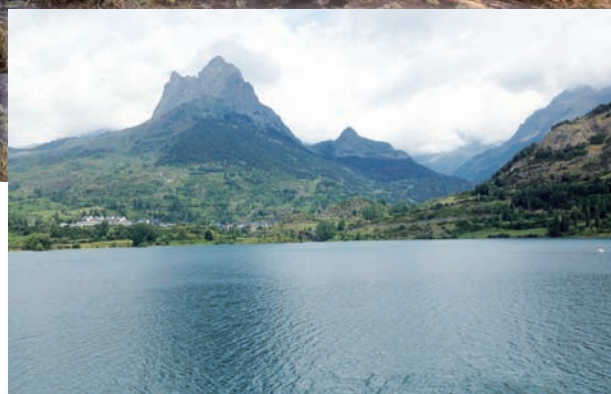
- Fiebre (más de 38 °C de temperatura corporal en axila).
- Dolor en zona del pubis.
- Dolor, enrojecimiento, sangre o pus en zona del meato urinario (zona por la que entra la sonda al cuerpo).
- Salida de orina muy concentrada, maloliente, con sedimento, espesa o turbia a pesar de una ingesta adecuada de líquidos.
- Salida de sangre o coágulos de sangre con la orina.
- Obstrucción de la sonda. En este caso no saldría nada de orina por el sistema, pudiendo salir por alrededor de la sonda.
- Salida de la sonda.

Otras recomendaciones

- Acudir al Centro de Salud para recambio de la sonda en la fecha que le indique su enfermera.

Generalmente se cambian cada mes las sondas de látex y mixtas (látex+silicona) y cada 3 meses las sondas vesicales de silicona. NO OLVIDE INFORMAR PREVIAMENTE SI ES USTED ALÉRGICO AL LÁTEX.

- Las bolsas se las recetará su médico y las podrá adquirir en la farmacia.



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