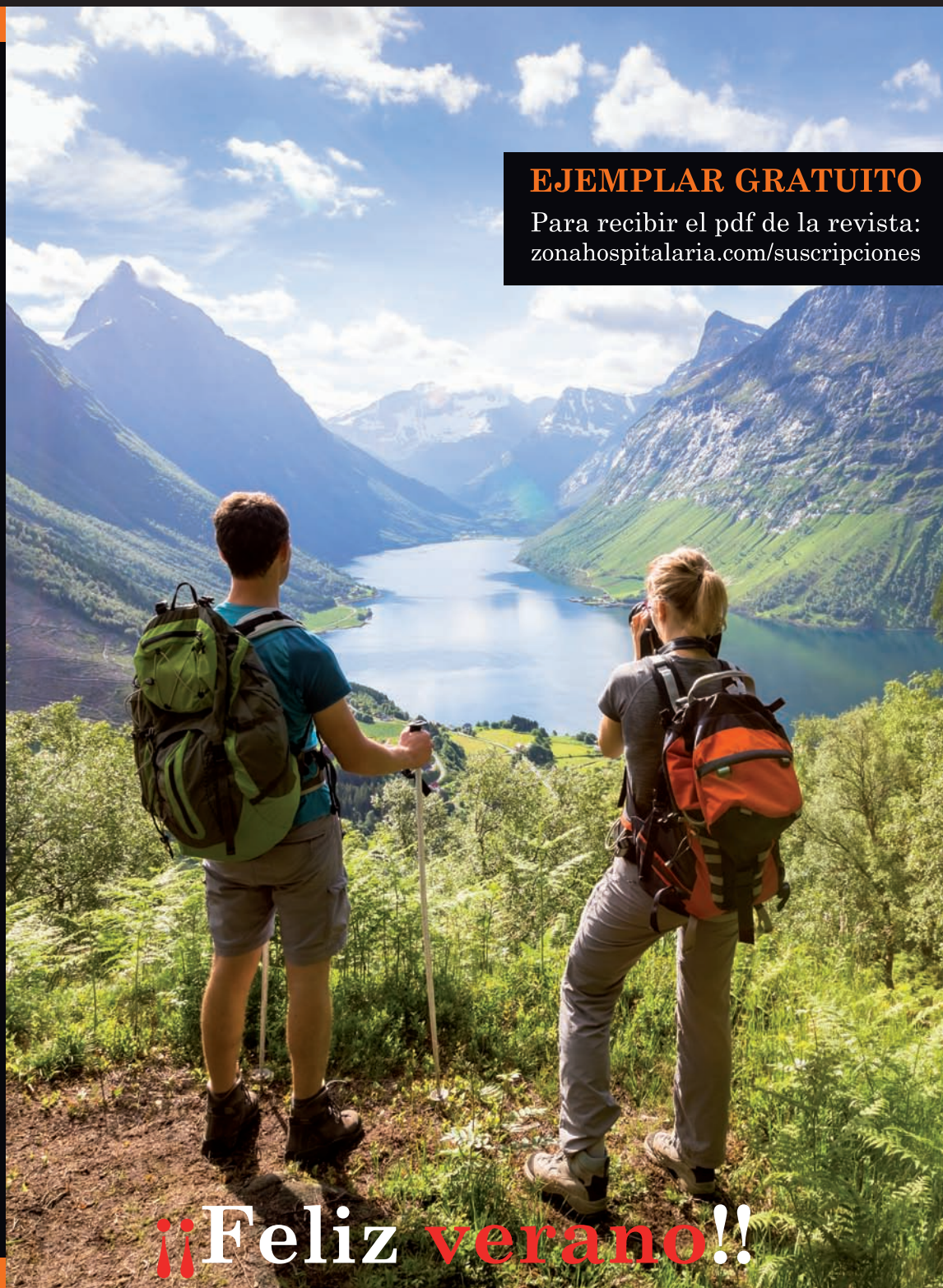


SUMARIO

- 2 Recomendaciones en fracturas y prótesis de cadera
- 3 Ayudas visuales electrónicas en pacientes con Baja Visión
- 4 Donación de componentes sanguíneos
- 6 Cistoscopia flexible
- 7 ¿Qué es la infiltración caudal o bloqueo epidural lumbar...?
- 8 Enfermería y adhesión al tratamiento
- 9 ¿Qué puedo hacer para poner freno a las infecciones urinarias?
- 10 Condimentando con salud
- 11 Despertar intraoperatorio: ¿Sueño o realidad?
- 12 ¿Debo de asustarme ante un sangrado en el eyaculado?
- 13 Emociones y salud
- 14 El uso de la vitamina D en trastornos no esqueléticos
- 16 El trastorno límite de personalidad
- 17 Manejo perioperatorio en el paciente oncológico
- 18 Aumento de la enfermedad de Crohn
- 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



¡Feliz verano!!

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 mas 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 resultara mas 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. Incline 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 de estar mas 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 medico 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 mas 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

oftalmología

Ayudas visuales electrónicas en pacientes con Baja Visión

Ángel Yanguas Alfaro y Silvia de la Llama Celis

Optometristas especialistas en Baja Visión de Yanguas Ópticos

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



www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

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

Las principales patologías causantes son: Degeneración Macular asociada a la edad (DMAE), Retinopatía Diabética, Catarata no operable, Miopía Magna, Desprendimiento de Retina, Glaucoma, Retinosis Pigmentaria entre otras.

Son patologías con afección visual que 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.

Cada una de ellas requiere un manejo optométrico ligeramente diferente.

¿Qué pasos debe seguir un paciente con Baja Visión?

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

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

Cuándo un paciente con una patología en retina no puede leer con sus gafas convencionales, existen ayudas ópticas y electrónicas

que producen magnificación. En función del deterioro de la retina necesitarán diferentes aumentos.

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

En el caso de que el paciente sea una persona muy lectora y con ayudas ópticas de Baja Visión, no consiga leer con fluidez, se le puede prescribir una **ayuda electrónica**.

¿En que consiste una ayuda electrónica?

Cuándo un paciente necesita más de cuatro aumentos para poder leer, la ayuda electrónica es una buena herramienta. Podemos aumentar la imagen hasta 60 aumentos, se puede variar el contraste, se pueden invertir los colores del fondo... La ventaja de este tipo de ayudas es que se pueden emplear a una distancia de lectura cómoda, tienen una definición HD y son relativamente fáciles de manejar.

Las hay de diferentes tamaños y pueden ser portátiles o fijas.

Su uso no es sólo para lectura, se pueden emplear para escribir, ver fotografías, manicura... La falta de contraste en algunos textos como en el periódico se puede mejorar cambiando los colores de la letra o del fondo y aumentando la letra, especialmente indicado para pacientes con degeneración macular.



Para pacientes que no pueden ver sus facturas con otros tipos de ayudas de Baja Visión, son muy indicadas.



En **YANGUAS ÓPTICOS** le prescribiremos la Ayuda Visual más beneficiosa para su resto de visión y emplearemos varias sesiones para su entrenamiento visual.

Después de que el oftalmólogo le haya realizado el diagnóstico y tratamiento, consulte la posibilidad de utilizar una **Ayuda para Baja Visión**. Es muy importante que sepa si tiene resto visual y, para ello, el optometrista especialista en Baja Visión le examinará. La figura del psicólogo es importante para que le acompañe durante la adaptación a esta nueva situación.

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

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.



Una compañía de 



Nuevos seguros de Vida

Seguros para cubrir lo que más importa.

Presentamos Ama Vida, la nueva gama de seguros de vida creada por A.M.A., la mutua de los profesionales sanitarios, para asegurar la tranquilidad de las familias de nuestros sanitarios y garantizar una protección a medida acorde con las circunstancias de su profesión.

Un seguro de vida flexible y de amplia cobertura que garantiza la estabilidad económica y el patrimonio de su familia en el caso de que usted no pueda hacerlo.

www.amavidaseguros.com
902 30 30 10 / 976 22 37 38



Ama Vida
Seguros de vida para profesionales sanitarios

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

Cistoscopia flexible

Información y recomendaciones al paciente ambulatorio

*Santiago Ezquerro Sáenz, Clara Gareta Alquezar y M^a Jesús Gil Sanz
Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza*

Una cistoscopia es una prueba complementaria en la que el urólogo introduce un dispositivo llamado cistoscopio a través de la uretra con la finalidad de evaluar de forma directa la vía urinaria inferior: uretra, próstata (en el caso de los hombres) y vejiga. Normalmente se visualiza toda la zona explorada en una pantalla o monitor y se valora la vejiga urinaria en diferentes niveles de llenado.

¿Por qué realizar una cistoscopia?

La cistoscopia flexible se realiza de forma rutinaria, incluso en la consulta, para la valoración de diferentes patologías entre las que destacan el seguimiento de tumores vesicales y el estudio de la hematuria o presencia de sangre en la orina. Además, se puede solicitar para valorar:

- Estenosis de la uretra y fístulas urinarias.
- Sintomatología del tracto urinario inferior y síndromes irritativos.
- Sospecha de cuerpo extraño (litiasis...).
- Retirada de catéteres tipo doble J en pacientes intervenidos previamente por Urología.

¿Cómo realizamos una cistoscopia?

La cistoscopia flexible para cualquier urólogo adecuadamente formado es un procedimiento sencillo, rápido, eficaz y fiable y muy poco invasivo para el paciente, por lo que se realiza en la mayoría de los casos con anestesia local y de forma ambulatoria.

El procedimiento tomará de 5 a 20 minutos, aunque puede variar. Se inicia el procedimiento con el paciente tumbado, se procede a limpiar la zona genital y del meato urinario con una solución desinfectante y a continuación se pone anestésico local intrauretral en forma de gel. El paciente es consciente de la manipulación pero no es una técnica dolorosa, así se irá introduciendo el cistoscopio progresivamente hasta la vejiga visualizando todas y cada una de las zonas anatómicas del tracto urinario inferior. Durante el procedimiento se hace fluir una solución salina estéril a través del cistoscopio para poder distender y llenar la vejiga para su correcta exploración. Cuando la vejiga esté llena sentirá la necesidad de orinar, por lo que deberá permanecer así hasta finalizar el examen.

¿Necesito una preparación especial para esta prueba?

No es necesaria ninguna preparación especial, sólo es recomendable que el paciente orine antes de la prueba, para poder iniciar la cistoscopia con la vejiga vacía. Tampoco es necesario llevar un régimen dietético los días previos y únicamente, en determinados casos y pacientes, debe hacerse una profilaxis antibiótica para prevenir las infecciones urinarias. Además en pacientes que tomen anticoagulantes o antiagregantes que puedan influir en la coagulación sanguínea, deberán suspender dicho tratamiento solamente en caso que así se le haya comunicado previamente.

¿Qué complicaciones pueden surgir tras una cistoscopia?

Las complicaciones son muy poco frecuentes. La incidencia de infección urinaria tras la prueba no llega al 10% de los casos, siendo prácticamente nula en los casos que se ha instaurado un tratamiento antibiótico profiláctico. Además otras complicaciones que pueden aparecer son la presencia de sangre en orina los primeros días tras la cistoscopia, imposibilidad de orinar, dolor o molestias abdominales y sensación de ardor al orinar. Por lo general, los síntomas son leves y disminuyen gradualmente después del procedimiento. Para evitar las complicaciones más frecuentes beba entre 1,5-2 litros de agua al día durante los dos días siguientes al procedimiento para mantener un flujo de orina adecuado. Por el contrario, deberá consultar con su Urólogo o en el Servicio de Urgencias correspondiente si presenta los siguientes signos y síntomas:

- Imposibilidad de orinar tras la cistoscopia.
- Sangre de color rojo brillante o grandes coágulos en la orina.
- Dolor abdominal y náuseas o vómitos.
- Fiebre de más de 38°C o escalofríos.
- Dolor o ardor al orinar que persista tras más de dos días.

¿Qué es la infiltración caudal o bloqueo epidural lumbar por vía del hiato sacro-coccígeo?

*Dra. Amparo Santamaría. Especialista en Rehabilitación. Hospital Royo Villanova
Dr. Ismael Ortiz. Especialista en Traumatología. Hospital Royo Villanova
Dra. Carmen Bono. Especialista en Anestesiología. Hospital Royo Villanova*

La vía sacrococcígea es la técnica de infiltración epidural más sencilla y la que menos complicación tiene. La infiltración epidural caudal es actualmente una de las técnicas de analgesia regional que se usa con más frecuencia para el dolor crónico lumbar.

Esta infiltración consiste en una inyección con una mezcla de anestésicos locales y corticoides en el espacio epidural en la parte baja del canal raquídeo en la región sacra. La principal indicación son el dolor lumbar irradiado a extremidades inferiores ligadas al canal lumbar estrecho, a discopatías y a pacientes con fibrosis postoperatorias.

La mejoría que experimenta el paciente se debe al efecto antiinflamatorio (corticoides revierten la cascada bioquímica y enzimática secundaria a inflamación local); al efecto mecánico (por descompresión de una estructura nerviosa por el volumen del líquido inyectado) y porque mejora la vascularización local y produce analgesia.

En la patología vertebral las infiltraciones epidurales no tienen un papel como primera línea de tratamiento, sino que se emplean ante el fracaso de otras técnicas menos agresivas.

¿Cuáles son las indicaciones de esta técnica?

A.-Criterios sintomáticos

- Dolor en región lumbar irradiado a una o ambas extremidades inferiores.
- Dolor de más de 6 meses de evolución.
- EL dolor se incrementa con la postura de pie y sobre todo al caminar, disminuyendo el perímetro de marcha.
- EL dolor no ha respondido a otras formas no invasivas de tratamiento (fármacos y terapia física rehabilitadora).

B. Criterios en la exploración:

- Ausencia de claudicación neurológica.
- Ausencia de déficit neurológico específico.

C. Criterios por imagen:

Presencia de fenómenos degenerativos con estenosis de canal lumbar o estenosis en alguno de los forámenes en TC (Tomografía Computarizada) y/o RM (Resonancia Magnética).

¿Cuáles son las contraindicaciones de la técnica?

- Infección cercana al punto de inyección.
- En los enfermos en tratamiento con anticoagulante y/o antiagregantes plaquetarios, hay que modificar el tratamiento previo a la punción, se seguirá el procedimiento indicado por el médico especialista en consulta.

- Procesos alérgicos a los anestésicos locales y corticoides. Enfermedades sistémicas: hipovolemias, trastornos hemodinámicos o cardíacos, enfermedades desmielinizantes evolutivas, hipertensión endocraneal.

¿En qué consiste la técnica?

La técnica consiste en la punción del hiato sacrococcígeo para acceder al espacio epidural lumbar.

El hiato sacrococcígeo es una escotadura en forma de V invertida en la pared posterior del conducto sacro.

Colocación del paciente en decúbito prono en una camilla y se debe quedar 15-20 min después de realizarle la técnica bajo control.

¿Cuáles son las complicaciones?

Son muy raras.

- Síncope vasovagal.
- Cefalea, náuseas y vómitos.
- Complicaciones sistémicas de los corticoides: miopatía proximal regresiva, edema facial, retención hídrica, hipertensión arterial, descompensación del paciente diabético.
- Hematoma epidural (0.001%) extremadamente raro.
- Infección (absceso epidural) es excepcional.
- Punción accidental de la duramadre que cursa con cefalea y fuga del líquido cefalorraquídeo que desaparecen en posición de decúbito.



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.



¿Qué puedo hacer para poner freno a las infecciones urinarias?

Clara Gareta Alquézar; Santiago Ezquerro Sáenz; M^a Jesús Gil Sanz
Servicio Urología . Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

Se calcula que aproximadamente el 50% de las mujeres sufrirá al menos un episodio de cistitis a lo largo de su vida. Además, en un 5% de los casos los pacientes presentan múltiples episodios, lo que se conoce como infección recurrente.

Se considera una infección urinaria recurrente cuando existen al menos dos episodios en los últimos 6 meses o 3 en el último año.

¿Por qué se produce la infección?

La infección urinaria es la más común de las infecciones bacterianas. La bacteria *E. coli* (*Escherichia coli*) es el causante de casi un 80% de las cistitis en la mujer, siendo posible la infección por otros gérmenes, aunque todos ellos en porcentajes mucho menores.

Los síntomas de la infección de *E. coli* son similares a cualquier otra infección urinaria: urgencia miccional y polaquiuria (aumento en el número de micciones), escozor al orinar o incluso dolor al orinar (disuria) o al tener relaciones sexuales.

Factores de riesgo que intervienen en la infección

Las relaciones sexuales son un claro factor de riesgo, pudiendo triplicarse el riesgo de tener una infección urinaria al tener más de 3 relaciones por semana.

Así mismo antecedentes de:

- Infecciones urinarias en la infancia.
- Antecedentes de infecciones urinarias recurrentes.
- La diabetes.
- La edad y el sexo (mujer).

¿Por qué no afecta tanto a los hombres?

El conducto urinario del hombre (uretra) es más largo y por tanto es más difícil que

las bacterias penetren y causen la infección, generalmente la infección urinaria en el varón se suele asociar a otras causas como: portar dispositivos urinarios como sondas, síndromes uretroprostáticos, litiasis o tumores.

Con la menopausia ¿tengo más riesgo de infección urinaria?

En la menopausia también hay otros factores que facilitan el desarrollo de infecciones urinarias:

- Las alteraciones de la mucosa vaginal por la falta de estrógenos.
- La incontinencia urinaria.
- El debilitamiento del suelo pélvico, a veces con aparición de cistocele (vejiga caída), que favorece la retención de orina.

Medidas que previenen la infección por *E. coli*

Existen recomendaciones que ayudan a prevenir este tipo de infecciones tan molestas:

- Tomar al menos dos litros de líquido al día. No es sólo agua: caldos, zumos naturales, infusiones... todo tipo de líquidos ayuda.
- Intentar orinar en cuanto se tenga sensación de ello, sin demorar la micción demasiado, ya que la retención de la orina favorece el crecimiento de bacterias. Generalmente se intenta recomendar orinar con una frecuencia: cada 3 o 4 horas, siendo importante procurar vaciar totalmente la vejiga.
- Evitar las prendas y la ropa interior demasiado ajustadas y procurar que sean de algodón. Las prendas elaboradas con tejidos naturales no entorpecen la transpiración, mientras que las sintéticas favorecen la colonización de bacterias.
- La limpieza después de defecar con especial atención a la dirección: siempre de delante hacia atrás, para que no pueda haber contacto del papel que ha pasado por el ano luego con la zona genital.

- Siempre que se tengan relaciones sexuales debe adquirirse el hábito de orinar después.
- Evitar la higiene genital obsesiva y el uso de geles íntimos. El uso de jabones inadecuados que alteren el pH vaginal acidificándolo, permiten a la bacteria *E. coli* (que tiene un pH óptimo de desarrollo en torno a 7) crecer y desarrollarse causando la infección.
- El uso de geles intravaginales de estriol o lactobacilos, disminuyen la colonización de la mucosa vaginal por *E. coli* y disminuyen por tanto el riesgo de infección.

¿Existe algún alimento que me pueda ayudar?

Los arándanos: además de rebajar el pH de la orina, ejercen una eficaz acción antiséptica sobre los gérmenes.

Toma zumos de naranja o limón, que dificultan que las bacterias se adhieran a la mucosa vesical de nuestro cuerpo.

Además de alimentos que puedan ayudar a prevenir la infección, existen suplementos de venta en farmacias compuestos por moléculas que inhiben la adhesión bacteriana al epitelio de la mucosa vesical.

Si ya tengo la infección, ¿cómo tratarla?

El tratamiento consiste en antibioterapia. Previamente al inicio de cualquier terapia antibiótica y en sospecha de un cuadro de infección urinaria, el médico debería solicitar un urocultivo.

En un primer momento iniciaríamos un tratamiento empírico, es decir: administrar un tratamiento basándonos en el germen responsable más frecuente y en el grado de resistencias antibióticas de la zona geográfica en la que nos encontremos. Posteriormente podemos consultar el resultado del urocultivo y ajustar el tratamiento según el antibiograma aportado por el microbiólogo, administrando así una terapia dirigida.

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.



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.).

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	Valor analítico
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 reduce 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 ateros-

cleriosis, 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.

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.



Aumento de la enfermedad de Crohn

Lara María Cebollero Buisán. Enfermera Especialista en Atención Familiar y Comunitaria. C.S. Santo Grial (Huesca)
Paula Cebollero Buisán. Enfermera Especialista en Atención Familiar y Comunitaria. C.S. Binéfar (Huesca)
Carmen Santa Eulalia Gonzalvo. Enfermera Especialista en Atención Familiar y Comunitaria. C.S. Picarral (Zaragoza)

La enfermedad de Crohn (EC) pertenece al grupo de las llamadas enfermedades inflamatorias intestinales. Dichas enfermedades han sufrido un aumento de la incidencia en las tres últimas décadas en los países desarrollados. En España, se diagnostican unos 6-9 casos nuevos por cada 100.000 habitantes/año.

Es una enfermedad crónica de causa desconocida, sus manifestaciones surgen como consecuencia de la generación de una respuesta inadecuada de nuestro sistema inmune hacia el propio organismo. Estas afectaciones pueden aparecer en cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano.

Es una enfermedad transmural, es decir, que afecta a todas las capas que forman parte de la pared intestinal, pudiendo producir un estrechamiento del diámetro interno del intestino, e incluso en algunas ocasiones su completa oclusión.

Algo que a veces no se explica a los pacientes durante el diagnóstico, es que la EC tiene además carácter sistémico, pudiendo afectar a otras partes del cuerpo y no sólo a las puramente digestivas (articulaciones, piel, boca, ojos, etc.), lo que en conjunto se conoce como manifestaciones extraintestinales (MEI)

de la enfermedad de Crohn, produciendo gran invalidez si las afectaciones gastrointestinales se unen a las extraintestinales con manifestación articular.

Cursa en brotes (periodo activo de la enfermedad), con periodos de remisión donde no hay síntomas, para algunas personas los periodos de remisión pueden ser muy largos, incluso de años y para otras la actividad de la enfermedad es más acentuada, causando brotes recurrentes. Los síntomas son muy variables dependiendo de cada individuo, los más comunes son diarrea, dolor abdominal, hemorragia rectal, fiebre, anemia, pérdida de peso, fatiga...

Factores de riesgo

La aparición de la enfermedad depende de varios factores, muchos todavía por determinar, pero se sabe que está relacionado con factores individuales de las personas, como los genes, interacción con bacterias y propiedades de la pared intestinal y con factores ambientales tóxicos (el tabaco el más importante). Se asocia a zonas geográficas industrializadas y con alto desarrollo económico.

El tabaco es el principal factor de riesgo modificable, tanto para el desarrollo de la enfermedad, como para la prevención de brotes. Diversos estudios han demostrado la asociación de ser fumador o ex fumador con

el desarrollo de enfermedad de Crohn y con la modificación de la historia natural de la enfermedad, produciendo mayor riesgo de recaídas, aparición de fistulas, necesidad aumentada de corticoides e inmunosupresores y más riesgo de intervención quirúrgica. Los beneficios en la evolución de la enfermedad que tiene el abandono del hábito tabáquico son incuestionables, por lo que una de las actuaciones principales para disminuir el riesgo de aparición de la enfermedad y mejorar su evolución es dejar de fumar.

Pruebas para el diagnóstico de la enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn por su fisiopatología, es diagnosticada y tratada por lo general por médicos especialistas en el aparato digestivo, aunque en ocasiones, precisa tratamiento conjunto con otras especialidades debido a su carácter sistémico y a la aparición de síntomas extraintestinales.

Por su gran diversidad de síntomas, los métodos de diagnóstico no serán los mismos para todos los pacientes. En la primera visita con el especialista se realizará una anamnesis recogiendo los datos personales más relevantes, para la confirmación diagnóstica se solicitará analítica de sangre y heces, complementándose con pruebas endoscópicas y radiológicas.

Tratamiento en la enfermedad de Crohn

Cada paciente es diferente y su tratamiento es individualizado, en función de las características de presentación de la enfermedad y del brote se elegirá un tratamiento u otro. Durante un brote agudo, las principales medidas van dirigidas a controlarlo y reducir la inflamación, aliviar los síntomas de diarrea, dolor abdominal y el resto de posibles complicaciones que hayan podido surgir. Una vez controlado el brote, las medidas irán encaminadas a mantener el máximo tiempo posible la remisión.

Alimentación en la enfermedad de Crohn

La gran parte de los médicos recomienda una dieta variada y balanceada para evitar deficiencias nutricionales en periodos de remisión de la enfermedad. No hay una única dieta para todos los pacientes que padecen la enfermedad, sino que las recomendaciones dietéticas deben ser individualizadas para cada persona, dependiendo de sus síntomas y la tolerancia a diversos alimentos. Habrá momentos en los que será necesario modificar la dieta, particularmente durante un brote, tanto

para evitar efectos secundarios de medicamentos (por ejemplo; la retención de líquidos que se produce con la toma de corticosteroides y por tanto se le recomendaría una dieta baja en sal), como para disminuir la irritación que pueden producir ciertos alimentos en el aparato gastrointestinal inflamado (por ejemplo; disminuir los alimentos con mucha grasa, ya que pueden producir diarrea y gases). Algunos pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal pueden tener déficits de diversas vitaminas y minerales, si el paciente lo precisara el médico podría recomendarle algún suplemento vitamínico durante un periodo de tiempo.

Lo más importante es mantener una nutrición equilibrada, aumentando el consumo de frutas y verduras y disminuyendo en la mayoría de lo posible los alimentos ultra procesados (que suelen tener un alto contenido en sal y en elementos que pueden irritar el tracto gastrointestinal como son algunas especias, aditivos o potenciadores del sabor).

Día a día con la enfermedad de Crohn

Su médico le irá resolviendo todas sus dudas sobre la enfermedad, se han creado equipos multidisciplinares especializados para atender

a pacientes con dicha enfermedad con prioridad, de tal manera que al mínimo síntoma puedan ser tratados y evitar complicaciones. Así mismo, es de gran importancia la enfermera de atención primaria, que inicialmente puede estar más en contacto con el paciente por la administración de tratamientos, control nutricional, administración de vacunas, educación sanitaria... Puede actuar como soporte emocional para los estadios iniciales de la enfermedad y como un profesional accesible para resolver dudas respecto a la enfermedad, a su tratamiento y sobre todo a sus cuidados higiénico-dietéticos.

En esta enfermedad como en cualquier otra enfermedad crónica, es muy importante el apoyo y contacto de personas que la padecen, por ello se aconseja acudir a las asociaciones correspondientes, en el Caso de la Enfermedad de Crohn es ACCU Asociación de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa.

En ACCU, asesoran tanto al enfermo como a las familias de las dudas que puedan surgir ante esta enfermedad, trabajan para ayudar a dar una mejor calidad de vida a los pacientes a través de conferencias, charlas, jornadas y talleres.



Este texto que ahora lees podría ser un anuncio de tu clínica o negocio y estar viéndolo un futuro paciente/cliente tuyo. Aprovecha la oportunidad que te ofrece **Zona Hospitalaria Aragón** y anúnciate en la revista y/o web para llegar a ellos.

.....

- Revista escrita por los médicos y profesional sanitario de Aragón.
- Distribución de 10.000 ejemplares en los Centros de Salud y Hospitales de Aragón.
- El pdf de la revista lo reciben 2.000 suscriptores + Colegios Oficiales, Sociedades, Fundaciones y Asociaciones de Aragón vinculados con la medicina y la salud.
- La página web **www.zonahospitalaria.com**, según Google Analytics, superó en 2017 las 1.571.900 visitas (135.000 personas/mes) con más de 1.500 artículos publicados.

Solicita tarifas: aragon@zonahospitalaria.com
T 695 480 160

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, toxicománias, 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.

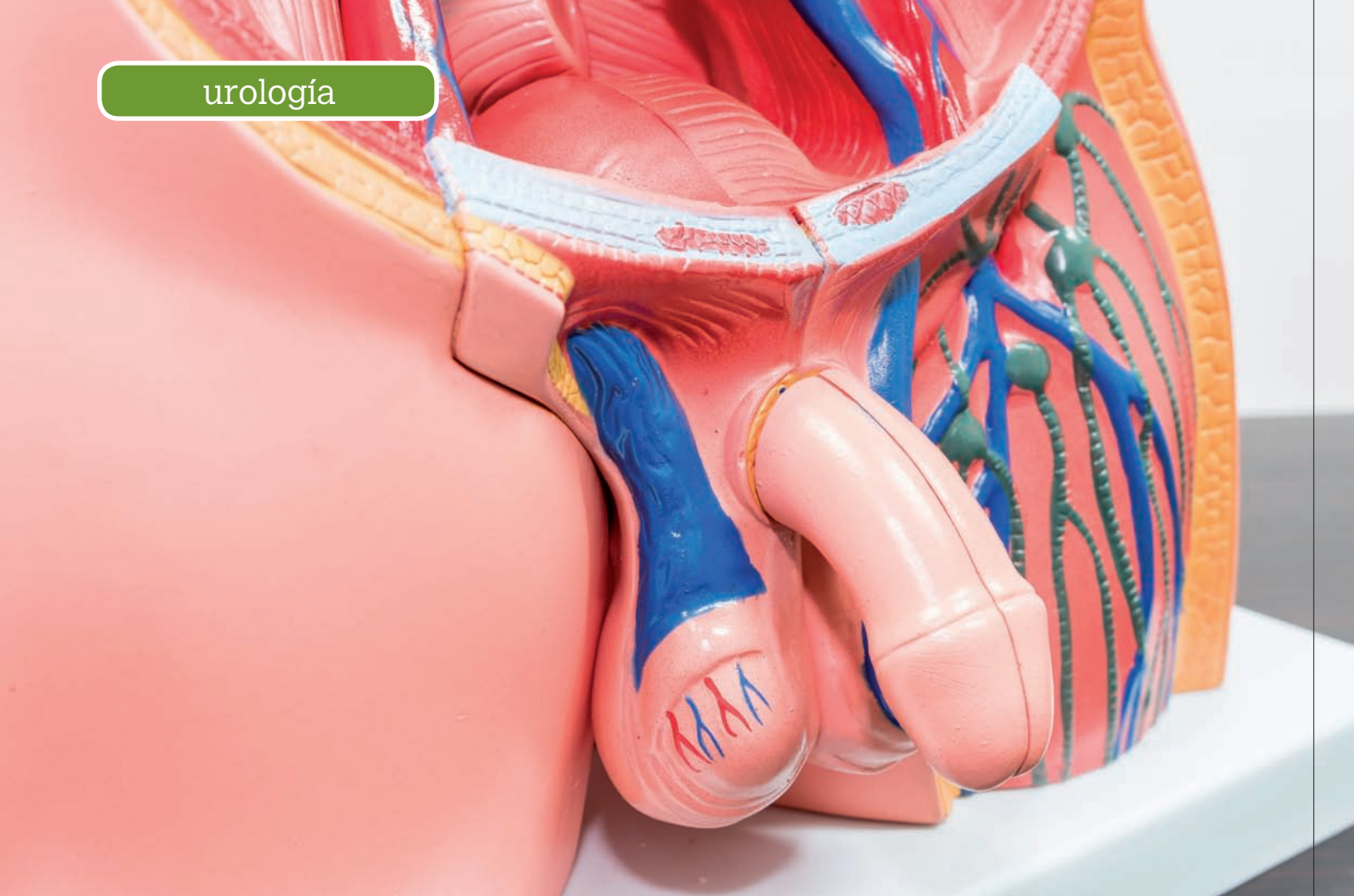
En casos graves, cuando no se evidencia respuesta al tratamiento farmacológico o aumentan los síntomas, puede ser necesario el uso de la Terapia Electroconvulsiva (TEC).

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

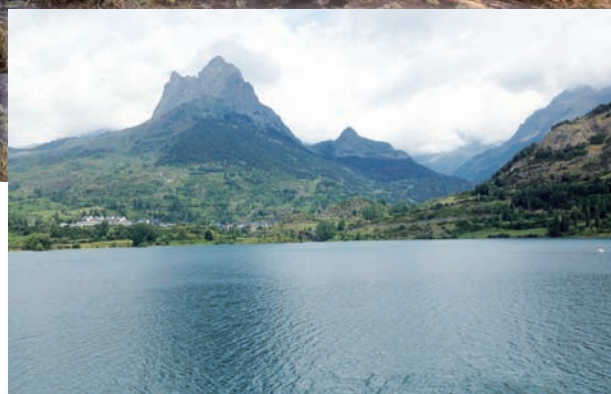
- Fiebre (más de 38 °C de temperatura corporal en axila).
- Dolor en zona del pubis.
- Dolor, enrojecimiento, sangre o pus en zona del meato urinario (zona por la que entra la sonda al cuerpo).
- Salida de orina muy concentrada, maloliente, con sedimento, espesa o turbia a pesar de una ingesta adecuada 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