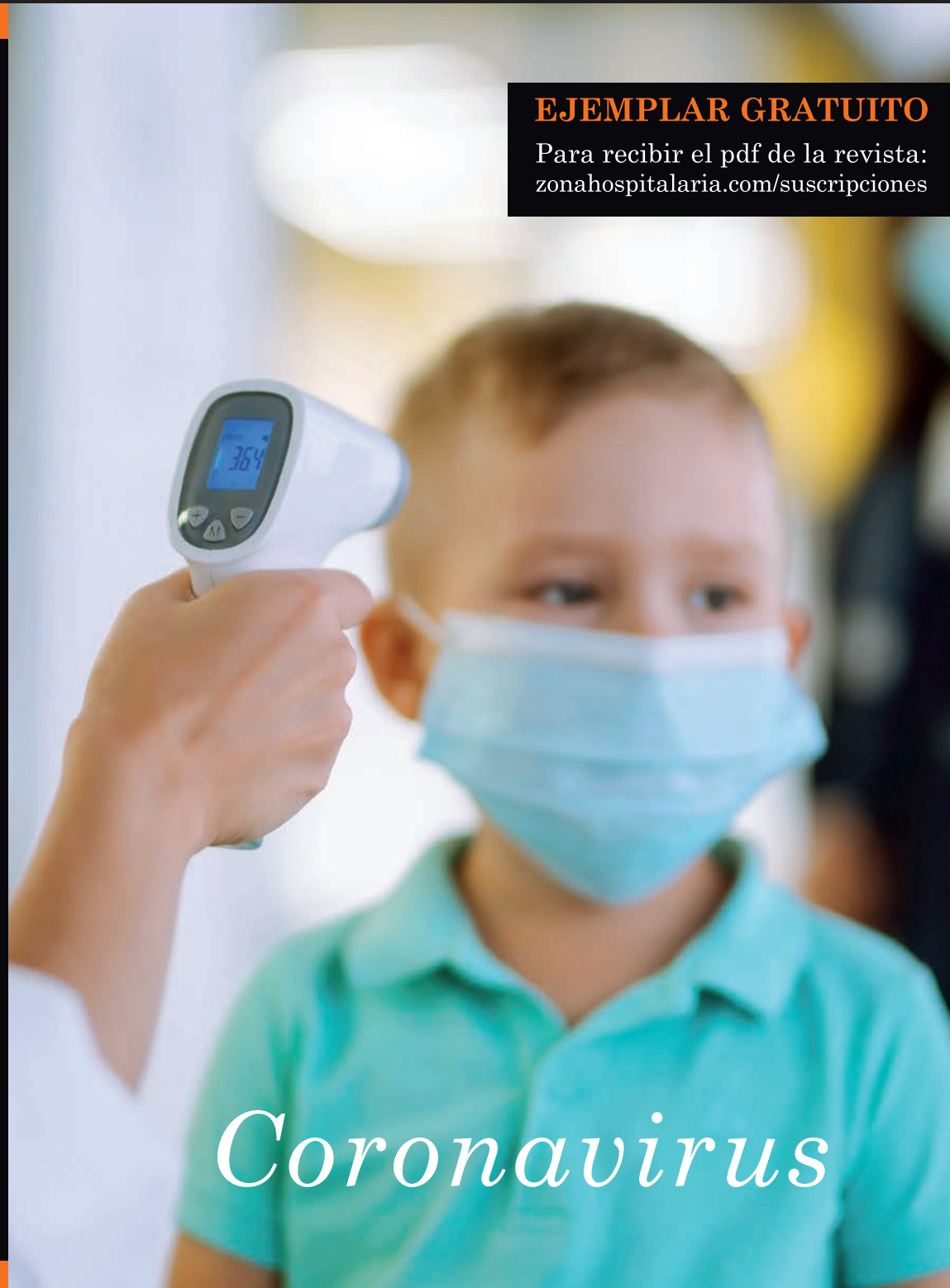


SUMARIO

- 2 Visión doble
- 3 Medicina hiperbárica en pacientes post COVID-19
- 4 Rehabilitación pulmonar post-COVID
- 6 Sangrado en la Orina
- 8 Senderismo en tiempo de COVID-19
- 9 ¿Cómo disfrutar de un senderismo seguro?
- 10 Crónica enfermera de la pandemia por COVID-19 en el bloque quirúrgico
- 11 Humanización de los Cuidados Intensivos
- 12 Que no te engañen...
- 13 La adicción al móvil: un problema en nuestra sociedad actual
- 14 Propiocepción, esa gran desconocida
- 15 La hernia de hiato...
- 16 Las picaduras más frecuentes en niños
- 17 Ganglión
- 18 Musicoterapia en Geriátrica
- 20 La puerta verde de Panticosa

EJEMPLAR GRATUITO

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



Coronavirus

Visión doble



Ángel Yanguas Alfaro y Silvia de la Llama Celis
Optometristas especialistas en Baja Visión de Yanguas Ópticos
Pº María Agustín, 113 (Pza. Europa) | 50003 Zaragoza
T. 976 443 995 |  618 701 844 (Ángel y Silvia)

**YANGUAS
ÓPTICOS**

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

La visión doble, llamada diplopía, es una alteración de la visión que consiste en percibir dos imágenes de un mismo objeto, y en ocasiones el paciente refiere una imagen borrosa, no definida.

Estos síntomas se pueden englobar en dos grupos, pacientes con diplopía verdadera (binocular) o pacientes con síntomas diplópicos (monocular).

En la visión doble monocular, esta persiste a pesar de cerrar un ojo de forma alterna.

La diplopía monocular puede ocurrir, por una catarata, problemas en la forma de la cornea, error de refracción no corregido en gafas, alteraciones de la retina... Si dichas alteraciones pueden corregirse se eliminaría la diplopía.

La diplopía binocular, al cerrar uno de los dos ojos desaparece. Existen diferentes causas de la diplopía binocular como parálisis de los nervios oculomotores, estrabismos, traumatismos de la órbita del ojo, enfermedades de la tiroides, enfermedades neurológicas.

La visión doble puede ser constante, el paciente ve doble todo el tiempo, o intermitente, el paciente ve doble en momentos concretos. Puede ver doble al ver la TV, y no ver doble cuando lee.

La diplopía puede ser horizontal, vertical u oblicua, en función de donde vemos las imágenes.

Si tenemos síntomas de visión doble binocular repentinos es importante una revisión urgente oftalmológica, para un diagnóstico diferencial.

¿Cuál es el tratamiento de la diplopía?

En función de la causa, en una diplopía binocular se valora el tratamiento, que puede ser desde el uso de prismas, toxina botulínica hasta la cirugía.

La prescripción de un prisma puede suponer la eliminación sensorial de la visión doble.

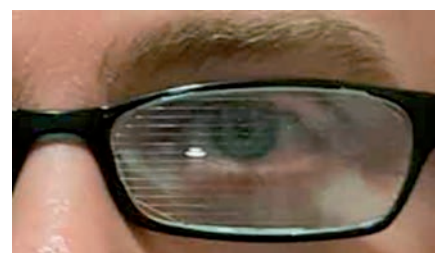
Se pueden incorporar tallados en la prescripción de las gafas, con la graduación del paciente. El espesor del lente será un poquito más grueso. La visión es más nítida que en los pegados en la lente.

Si la desviación de las imágenes es igual en lejos que en cerca, incluso se prescriben en lentes progresivas.



Esta imagen corresponde a -4.00 dioptrías de miopía y 3 dioptrías de prisma base temporal

en cada ojo, la paciente se lo hizo incluso en su gafa de sol graduada.



También los hay de material plástico flexible y se adhieren por tensión superficial al lente de las gafas graduadas.

Una vez realizada la visita oftalmológica, en Yanguas Ópticos hacemos estudio de la diplopía y valoramos si es posible, el prisma a prescribir.

WWW.YANGUASOPTICOS.ES

Según la OMS, el 80% de las cegueras son evitables. Es importante detectarlas precozmente con revisiones periódicas.

#opticazaragoza
#bajavisionzaragoza
#gafasdiplopiazaragoza
#gafasvisiondoblezaragoza

Medicina hiperbárica en pacientes post Covid-19

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

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

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

Cómo actúa el Covid-19

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

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

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

Tratamiento Post-Covid

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

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

MEDICINA HIPERBÁRICA

- Vascular
- Recuperación muscular
- Oncología y radioterapia

Cistitis rádica
Osteonecrosis mandibular...

FISIOTERAPIA Y OSTEOPATÍA

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

OXIEN
REHABILITACIÓN HIPERBÁRICA A TU ALCANCE



Rehabilitación pulmonar post-COVID

Edurne Amatriain Boleas. Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria. CS Torre Ramona
Silvia Anastasia Calvo Campos. Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria. CS Torrero-La Paz

Durante los últimos años la fisioterapia respiratoria ha ido avanzando debido a la creciente aparición de enfermedades respiratorias y crónicas. Dichas enfermedades deben ser consideradas sistémicas, ya que afectan a todo el cuerpo. Es por ello que tener una buena condición física, valorando fuerza y resistencia de los músculos es de vital importancia.

Desde el punto de vista respiratorio, el objetivo de la fisioterapia es mejorar la sensación de disnea, preservar la función pulmonar, mejorar la disfunción, la discapacidad y la calidad de vida con un reentrenamiento al esfuerzo y una reinserción a su vida diaria.

Actualmente aún desconocemos la totalidad de las secuelas de la infección por Covid-19. Lo que está claro es que tanto la infección en sí, como el confinamiento y un posible ingreso hospitalario (por disminución de movilidad

física y falta de movilización) afectan, tanto a la capacidad funcional, como a la función pulmonar.

A continuación se explican unas recomendaciones generales que siempre hay que individualizar a la situación de cada persona en función del nivel de afectación y otras patologías concomitantes.

Técnicas de fisioterapia respiratoria

#Respiración labios fruncidos:

- Inspirar lentamente por la nariz.
- Aguantar el aire 2-3 segundos, si se puede.
- Soplar lentamente por la boca formando una U con los labios.

#Respiración abdominal o diafragmática:

- Tumbado con piernas semiflexionadas (se puede poner un cojín debajo de éstas) o sentado en una silla.
- Manos en el abdomen para notar como sale al tomar aire (inspirar) y se introduce al sacar el aire (expirar).

- Tomar aire por la nariz (el máximo que se pueda) y sacarlo lentamente por la boca con los labios fruncidos.

- Realizar por la mañana y por la tarde, 10-15 respiraciones.

#Respiración costal (ejercicios de expansión torácica):

- Tumbado con piernas estiradas o sentado en una silla.
- Manos en el tórax para notar como se infla al tomar aire (inspirar) y se desinfla al sacar el aire (expirar).
- Tomar aire por la nariz (el máximo que se pueda) y sacarlo lentamente por la boca con los labios fruncidos.

- Realizar por la mañana y por la tarde, 10-15 respiraciones.

#Inspirómetro de incentivo del tipo volumétrico:

Al ser un dispositivo, es recomendable su uso bajo la supervisión de un fisioterapeuta respiratorio, aun así si un paciente lo tiene y



lo ha usado previamente, lo podría utilizar de manera independiente o asociado a las técnicas explicadas anteriormente.

- Sentado en una silla.
- Mantener el inspirómetro bien vertical.
- Manos en el abdomen o tórax para notar como se infla al tomar aire (inspirar) y se esconde al sacar el aire (espirar).
- Tomar aire (el máximo que se pueda) a través de la boquilla manteniendo el indicador en la carita sonriente/flechas (según modelo).
- Aguantar el aire 2-3 segundos.
- Sacarlo lentamente por la boca con los labios fruncidos.
- Realizar por la mañana y por la tarde, 10-15 respiraciones

Ejercicios físicos para la readaptación a las actividades de la vida diaria

- Realizar ejercicio físico a diario (según sintomatología en aquellos sujetos que estén afectados por el covid-19). No se recomienda realizar esfuerzo si se está con fiebre o mucha sintomatología respiratoria (mucha sensación de ahogo o dificultad al respirar).
- Evitar períodos largos de sedestación o inmovilidad: Cada hora se recomienda realizar 1 ejercicio aeróbico y 2 ejercicios de fuerza resistencia (uno de brazos y uno de piernas).
- Usar la escala de Borg para controlar la intensidad de los ejercicios recomendados(0

corresponde a nada de fatiga o de dificultad respiratoria y aumenta hasta 10 que corresponde a la máxima fatiga o dificultad respiratoria). Si se sobrepasa la intensidad recomendada, disminuir el número de repeticiones o el tiempo de trabajo.

- Controlar la respiración durante los ejercicios, inspirando durante la contracción muscular y espirando durante la relajación (se puede usar los labios fruncidos en la espiración). Y no realizarlos, (en especial los de fuerza) en apnea (es decir, manteniendo el aire dentro).
- Beber líquido frecuentemente durante el día

Ejercicios de entrenamiento de fuerza-resistencia

Realizar tantas repeticiones del movimiento hasta llegar a una fatiga del grupo muscular utilizado o sensación de dificultad respiratoria de 6-7 en la escala de Borg.

Se realizarán 2-3 series (según tolerancia), y se descansará entre 30" y 1 '(según capacidad de recuperación) entre series de ejercicio.

Se recomiendan ejercicios que sigan movimientos funcionales:

- **Extremidad inferior:** sentarse-levantarse de una silla, subir-bajar escalones, agacharse doblando rodillas (sentadillas) y volverse a levantar.

- **Extremidad superior:** subir-bajar pesos de una altura parecida a un armario, coger una bolsa/botella de agua/peso con una mano y levantarla flexionando el codo siguiendo el lateral de la pierna con la mano, delante de una pared hacer flexiones de brazos (si se puede, realizar en el suelo).

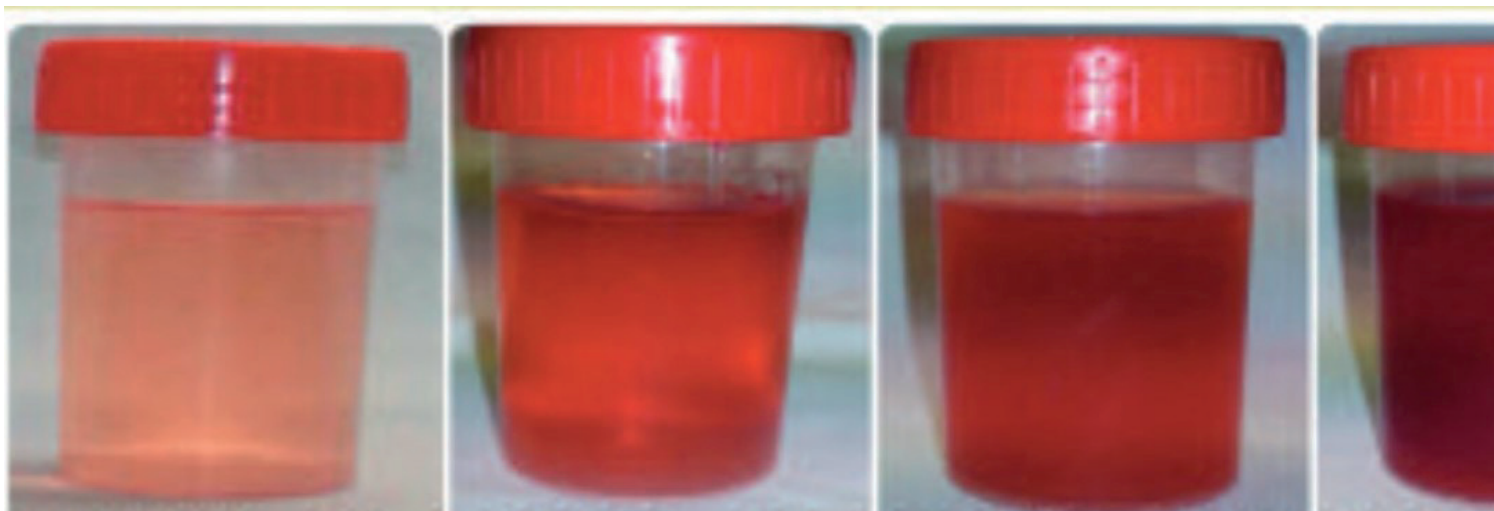
Ejercicios de entrenamiento de resistencia aeróbica

- Realizar ejercicio de intensidad moderada: corresponderá en la sensación de dificultad respiratoria (o fatiga) de 5-6, mientras que un ejercicio intenso corresponderá a 7-8.
- Mínimo 10 minutos, ideal 30 minutos.
- Se recomienda ejercicios que impliquen grandes grupos musculares. Y se realizará trabajo por series:

• **30" o 1' de trabajo** (sensación en escala de Borg moderada (5-6) para sujetos con una forma física más limitada, sensación intensa (7-8) para aquellos que tengan mejor forma física)

• **con 1' de descanso** (sensación en escala de Borg debería bajar entre 0 y 3).

Propuesta de ejercicios: subir y bajar escaleras (o un escalón), caminar por casa (aunque el espacio sea limitado), saltar en estático, correr en estático.



Sangrado en la Orina. Preguntas más frecuentes

*David Corbatón Gomollón y Víctor Galve Lahoz. Médicos Internos Residentes.
Cristina Redondo Redondo. Médica Adjunta y M.^a Jesús Gil Sanz. Jefa de Servicio.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet*

La hematuria es el término sanitario empleado para referirnos a la presencia de sangre en orina. La hematuria tiene su origen en cualquier localización del aparato urinario, desde los riñones hasta la uretra pasando por la vejiga y, en el varón, la próstata.

¿Qué tipos de hematuria existen?

- **La hematuria microscópica** es aquella que aparece en el análisis microscópico de la orina (>3-5 hematíes por campo de 400 aumentos), siendo la orina a simple vista de aspecto amarillento normal. La hematuria microscópica puede ser por causas patológicas urológicas, nefrológicas o también por causas benignas (por ejemplo, tras ejercicio intenso). Importante es también el concepto de hematuria microscópica idiopática, cuando se presenta como un hallazgo analítico casual en ausencia de síntomas y con resultados de normalidad en pruebas complementarias añadidas. En estos casos sólo se requiere un seguimiento clínico y de análisis de orina anual.

- **La hematuria macroscópica** es aquella que además de aparecer en el análisis microscópico (>200 hematíes por campo de 400 aumentos), también se evidencia a simple vista: la orina presenta un color rojizo en mayor o menor intensidad.

En este artículo nos centraremos en las preguntas más frecuentes sobre la hematuria macroscópica.

¿Cómo se presenta?

- **Hematuria inicial:** sangrado al iniciar la micción, orienta hacia patología uretral o prostática.
- **Hematuria terminal:** sangrado al final de la micción, puede indicar patología de origen vesical.
- **Hematuria total:** el sangrado se presenta a lo largo de toda la micción. En estos casos orienta hacia patología del tracto superior o de la vejiga.

La hematuria puede presentarse en los pacientes como un síntoma aislado (monosintomática) o asociada a otros síntomas urinarios (dificultad para orinar, escozor -disuria-,

sensación de vaciado incompleto o urgencia miccional). También puede ir acompañada de fiebre con escalofríos y tiritonas.

¿Qué causas la provocan?

1. Infección urinaria. Es la causa más frecuente de hematuria macroscópica. Las infecciones urinarias que pueden asociar hematuria son las siguientes:

- **Cistitis**, que habitualmente se presenta acompañada de disuria y urgencia miccional.
- **Prostatitis**, que se acompaña de disuria, dificultad miccional y fiebre.
- **Pielonefritis**, que asocia dolor lumbar y fiebre.

2. Tumores. Más del 85% de los tumores vesicales y del 60% de los tumores de vías altas se acompañan de hematuria en mayor o menor grado. Casi siempre se presenta como hematuria monosintomática. Los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de neoplasias vesicales y del tracto urinario superior son la edad (>60 años) y el TABAQUISMO.



3. Hiperplasia benigna de próstata. La próstata aumenta su tamaño con la edad y en ocasiones puede inflamarse provocando hematuria en varones a partir de los 60 años. Se presenta como hematuria monosintomática o asociada a dificultad miccional.

4. Traumatismos. Tanto en la zona lumbar (riñones) como en la zona del periné (uretra y próstata), pueden lesionar el aparato urinario y producir sangrado.

5. Litiasis renoureteral. Las crisis de cólico renal en ocasiones se acompañan de emisión de arenillas o sangrado en orina.

6. Otras causas. Son mucho menos frecuentes: glomerulopatías, porfirias, lupus eritematoso sistémico, infarto renal. También el uso de medicamentos como ciclofosfamida y los antiinflamatorios no esteroideos pueden provocar hematuria.

¿Qué pruebas complementarias existen para llegar a mi diagnóstico?

Existen numerosas pruebas complementarias a disposición del médico de familia y urólogo, dependiendo de la sospecha inicial basada en sus síntomas clínicos:

- **Análisis de sangre:** comprueba el grado de pérdida sanguínea.
- **Cultivo de orina:** orientado a buscar gérmenes causantes de infección de orina.

- **Ecografía abdominal y del aparato urinario:** estudio de la anatomía de su organismo. Ayuda a localizar litiasis y tumores del tracto urinario.

- **TAC con contraste venoso:** prueba de imagen con la misma utilidad que la ecografía, aunque con mayor sensibilidad y especificidad.

- **Cistoscopia:** prueba endoscópica en la que se introduce una pequeña cámara por la uretra hasta llegar a la vejiga. Aporta imágenes del tracto urinario inferior y del interior de la vejiga.

¿Qué debo hacer? ¿Cuándo debo acudir a Urgencias?

La hematuria macroscópica precisa siempre de un estudio médico y de una evaluación diagnóstica:

1. Situaciones que pueden ser manejadas de forma ambulatoria, por su médico de familia o urólogo:

- Sangrados intermitentes, en pequeña cantidad. Orina de color "agua de lavar carne" o, coloquialmente, de color "vino rosado":
- En esos casos deberá beber muchos líquidos para diluir el sangrado e impedir que se formen coágulos que obstruyan la vía urinaria.
- Acudir al médico de familia, quien realizará un estudio etiológico o lo derivará, si es preciso, al urólogo para completar el estudio.
- En el caso de que la sospecha sea infección del tracto urinario recibirá antibiótico. Si la sospecha es de origen tumoral (habitualmente

presentada como monosintomática en pacientes añosos y fumadores) se le realizarán diferentes pruebas complementarias de imagen y endoscópicas.

2. Situaciones en las que deba acudir a urgencias:

- Sangrado abundante, hematuria fresca, "como vino tinto", y con coágulos. Es lo que se denomina hematuria franca.

En estos casos es muy frecuente la necesidad de realizar un sondaje vesical para evacuar el sangrado y los coágulos.

Si a pesar de los lavados vesicales con suero persiste el sangrado o si existe una pérdida importante de sangre constatada en la analítica, se procederá al ingreso del paciente.

- Imposibilidad para orinar. En ocasiones los coágulos pueden obstruir la uretra produciendo una retención de orina en el paciente.

En estos casos es necesario realizar un sondaje evacuatorio y también lavados vesicales para evacuar el sangrado y los coágulos.

- Fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ o mal estado general. Cuando la causa de la hematuria es una prostatitis o una pielonefritis el paciente habitualmente presenta fiebre elevada, sintomatología miccional y mal estado general.

En estos casos es necesario acudir a Urgencias para inicio de tratamiento antibiótico intravenoso y, en casos graves, ingreso hospitalario.



Senderismo en tiempo de COVID-19

Silvia Anastasia Calvo Campos. Enfermera. Centro Salud Torrero - La Paz

Eduarne Amatriain Boleas. Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. CS Torre Ramona

La pandemia por COVID-19 ha cambiado nuestras vidas de manera radical, y debemos tener en cuenta que todavía no ha desaparecido. Es por ello que en la “nueva normalidad” debemos ser conscientes de que convivimos con el virus, de que nuestras rutinas deben cambiar, de que debemos integrar nuevos hábitos que nos protejan, tanto a nosotros mismos como a los de nuestro alrededor, de posibles contagios.

Esta misma mentalidad es la que debemos tener cuando salgamos practicar actividades al aire libre, por ejemplo, senderismo.

Para practicar un senderismo seguro y libre de COVID-19 se aconseja:

- Dentro de la planificación de la actividad, se recomienda hacerlo con “mentalidad COVID-19”. Sirvan de ejemplo los siguientes errores: una sola cantimplora a compartir entre varios senderistas, excursionistas que deben pasarse el mapa (u otro objeto) repetidas veces de mano en mano, senderistas demasiado cansados que ya no prestan atención...

- Al equipaje habitual para la práctica de senderismo, se debe añadir: mascarilla y gel desinfectante de uso individual. Cada senderista debe de llevar su equipaje completo, de forma que no necesite compartir la mochila, cantimplora, comida, crema solar, etc.

Durante el desarrollo de la actividad

Inicio de la actividad

- Es aconsejable quedar en un lugar amplio y sin aglomeraciones. No concentrarse en los inicios de los senderos, ni en zonas estrechas o muy concurridas.
- Cada persona debe cargar su equipaje.
- Evitar tocar paneles informativos, barandillas, bancos...

Durante la actividad

- Se pretende mantener una distancia interpersonal de seguridad, para lo que se aconseja:
 - Sentido único en recorridos circulares evitando así que se crucen senderistas.
 - Respetar distancia en la fila de más de 2 metros.
 - Si el grupo es muy numeroso, dividirlo en

varios pequeños.

- A la hora de hacer una parada:

- Buscar una zona fuera del camino, y que no suponga un obstáculo en el acceso a puentes, paneles informativos, fuentes...

- Mantener la distancia de seguridad.

- En el caso de que se tenga que compartir comida: repartirla con mascarilla, y con las manos y cubiertos desinfectados.

- Desinfectarse las manos al finalizar la parada.

- En cuanto a los dispositivos de ayuda: pasamanos, agarraderas, cuerdas...

- Desinfectarse las manos al iniciar y al finalizar en tramo en el que se encuentran.

- Evitar aglomeraciones y mantener distancia suficiente.

- Si alguien necesita ayuda:

- Evitar que se produzcan aglomeraciones.

- Si no se puede garantizar la distancia de seguridad, utilizar la mascarilla.

- Si es necesario el contacto con la persona que necesita ayuda, desinfectarse las manos antes y después del contacto.



¿Cómo disfrutar de un senderismo seguro?

Silvia Anastasia Calvo Campos. Enfermera. Centro Salud Torrero - La Paz

Eduarne Amatriain Boleas. Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. CS Torre Ramona

El senderismo es una de las actividades más gratificantes y saludables que podemos practicar a cualquier edad en el medio natural. Sin embargo, debemos recordar que es una actividad que no está exenta de riesgo y por tanto debemos tomar una serie de precauciones para evitar accidentes.

En el periodo comprendido entre 2014 y 2019 los grupos de rescate de Aragón realizaron 2.498 rescates en montaña. El 34% de estos, se llevaron a cabo en actividades senderistas, siendo ésta la actividad que mayor porcentaje de rescates acumula.

El 52% de los accidentes son tropiezos y caídas, seguido en un 45% por problemas con la toma de decisiones.

Entre los factores precursores del accidente se encuentran: la sobreestimación de las posibilidades, presente en el 68% de los rescates; la mala planificación, en un 16%; y la falta de atención, en un 6%.

Por ello resulta fundamental seguir una serie de recomendaciones en cuanto a: planificar la actividad, preparar el equipamiento adecuado y actuar con prudencia durante el desarrollo de la actividad.

1. Planifica la actividad

- Escoge una actividad adecuada a la experiencia del grupo.
- Calcula el horario previsto, distancias y desniveles que se deben superar.
- Consulta la previsión meteorológica y las condiciones del medio en el que se va a realizar la actividad.
- Prepara un plan alternativo por si la actividad inicialmente planteada no puede llevarse a cabo.
- Deja un aviso de adónde vas, con quién, y el horario en el que tienes previsto regresar.

2. Equipa tu mochila

- Ropa y calzado apropiado, incluyendo gorra, gafas, guantes, gorro... en función de la climatología.
- Protección solar.
- Mapa, brújula y GPS para mantener una correcta orientación.

- Teléfono móvil con la batería cargada.
- Botiquín.
- Linterna o frontal.
- Silbato.

3. Actúa con prudencia

- Inicia la actividad a una hora prudente.
- Valora de forma constante el desarrollo de la actividad.
- No te separes de tus compañeros.
- Bebe y come adecuadamente. Protégete del sol.
- Utiliza los mapas para guiarte y tu previsión de horario para asegurarte de que vas sobre lo previsto.
- Comprueba que la meteorología no supone un riesgo.

Por último, si cualquiera de estos aspectos no sale como estaba previsto, lo más aconsejable es que cambies de plan, te des la vuelta o tomes la opción del plan alternativo que habías preparado durante la planificación. Así, siguiendo estas pequeñas recomendaciones, podrás disfrutar de la práctica de senderismo con seguridad.



Crónica enfermera de la pandemia por COVID-19 en el bloque quirúrgico

Ángela Forcén Vicente de Vera, Teresa Calvo López y Cristina Delgado Alcalde
Diplomadas Universitarias de Enfermería. Bloque quirúrgico A
Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

Desde que se instauró el estado de alarma en nuestro país, debido al Coronavirus (COVID – 19), el afrontamiento de las intervenciones quirúrgicas da un giro radical atrevesando diferentes momentos y con grandes cambios. Cambios para pacientes y sanitarios. Y alguno de éstos cambios han venido para quedarse.

En un primer tiempo durante el mes de marzo, ante la rápida extensión del virus, se suspendieron todas las intervenciones quirúrgicas programadas por necesidades de reubicación del personal sanitario y maximización de los recursos materiales como respiradores, aspiradores, entre otros... con el objetivo de desocupar camas de UCI y de la Unidad de Reanimación, ya que éstas eran prioridad para ser utilizadas por pacientes con COVID.

Se crea un circuito y un protocolo COVID en el cuál se dividió el bloque quirúrgico del Hospital Universitario Miguel Servet en dos zonas. Una zona se destinó a pacientes con COVID negativo la cual constaba de 12 quirófanos y la otra zona fue destinada a pacientes COVID positivo. La zona COVID negativo se reservó para aquellas operaciones urgentes no demorables como neoplasias oclusivas o infectadas, urgencias vitales, procesos benignos no demorables por riesgo de agravarse... Mientras que la zona COVID positivo se reservó para urgencias de pacientes infectados por el virus y para cirugías programadas como por ejemplo las traqueotomías de las UCIs disponiendo esta zona de 6 quirófanos.

En estas circunstancias estuvimos trabajando durante los meses de marzo, abril, mayo y mitad de junio, coincidiendo con el estado de alarma decretado por el Gobierno de España. Su duración fue de 91 días, desde el 14 de

marzo al 21 de junio.

Con el paso de las semanas la zona COVID negativo fue ampliándose y la zona COVID positivo fue disminuyendo. Fueron volviendo los sanitarios que habían dejado sus servicios originales, para ser reubicados en otras zonas de mayor necesidad, y así fuimos retomando la actividad habitual del quirófano.

Nueva normalidad

En este segundo tiempo, pasado el estado de alarma disminuyeron el número de ingresos COVID positivo, comenzó la desescalada y la actividad quirúrgica fue volviendo a la normalidad dejándose un quirófano para posibles casos COVID positivo.

Se volvió a una nueva normalidad tanto para pacientes como para trabajadores.

La nueva normalidad para los pacientes supuso:

- La realización de una prueba PCR antes de ser operados.
- Acudir al hospital con su mascarilla (desde el 21 de mayo uso obligatorio de la mascarilla a partir de los 6 años en lugares públicos), la cuál será llevada durante toda la estancia en el hospital incluso dentro del quirófano aunque no vayan a ser operados con Anestesia general. Deberá tapar nariz y boca.
- Higienización de manos y hábitos de higiene en general en el uso de las instalaciones hospitalarias.
- Disminución de los contactos sociales desde que se les hace la PCR hasta que son operados.
- Circuito supervisado de accesos de entrada y salida e higienización de manos en el hall del hospital hasta los ascensores y escaleras. El objetivo es supervisar las 3 M: mascarilla, mínimos contactos y manos higienizadas.

La nueva normalidad para los sanitarios consiste en:

- Uso obligatorio y registrado de mascarilla en todo el hospital incluyendo zonas de descanso y vestuarios. Deberá tapar nariz y boca
- Lavado continuo de manos y uso de hidrogel
- Uso de gorros desechables, gafas, pantallas faciales y doble mascarilla en Anestesia General y en intervenciones con acceso vía aérea.
- Limitación del número de personal en los quirófanos y en las zonas comunes para lograr distancia mínima de seguridad.
- Ajuste de tiempos y espacios en la Sala de Acogida de los pacientes antes de entrar a quirófano para conseguir disminuir el contacto entre pacientes durante la espera a ser operado. El método de organizarlo es sencillo. Los días pares pasan primero a ésta Sala de Acogida los pacientes que entran a quirófanos pares y los días impares pasan primero los pacientes que van a entrar a los quirófanos impares.

Actualmente Aragón está en situación de rebrote, incluso precisó de un hospital de campaña en el Hospital Clínico Universitario, y a pocas semanas de iniciar el nuevo curso escolar.

En el hospital se ha vuelto a reducir la actividad quirúrgica, hay sanitarios reubicados de nuevo en las zonas de mayor presión asistencial y se busca sin descanso personal de enfermería para afrontarlo haciendo imposible cubrir necesidades asistenciales, conceder permisos y fiestas.

A finales de agosto 2020 los datos nacionales, según fuentes del Ministerio de Sanidad, son de 412.553 casos contagiados, 28.925 fallecidos y 150.000 casos recuperados.



Humanización de los Cuidados Intensivos

Isabel Garrido Ramírez de Arellano. FEA Medicina Intensiva. Hospital de Barbastro. Huesca

Alicia Sanz Cardiel. FEA Medicina Intensiva. Hospital de Barbastro. Huesca

Sonia Caballero Núñez. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

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

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

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

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

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

Vanessa Zambrana Campos. FEA Cirugía General. Hospital Reina Sofía. Tudela

Desde hace ya unos años, se están realizando varios proyectos para lograr una mayor "humanización" de la Sanidad y, en concreto, de las Unidades de Cuidados intensivos.

Puede resultar llamativo que precisamente las UCIs, que tanta esperanza y vidas han recuperado desde su aparición, sean las áreas en las que los pacientes y familiares noten mayor sensación de frialdad y distanciamiento con el personal sanitario. Incluso han sido varios los testimonios de pacientes que, tras ser dados de alta, describían su estancia en la UCI como una "sucursal del infierno".

¿Y a qué puede ser debido esto?

Probablemente la explicación a esta pregunta es que la formación académica de los profesionales ha estado enfocada en el modelo biomédico, es decir, centralizada en aspectos de diagnóstico y tratamiento, dejando de lado temáticas como bienestar, empatía, compasión, fin de vida, comunicación, justicia, entre muchos otros más. Pero hoy la sociedad exige competencias integrales, forzando de esa forma, a la implementación de modelos de salud que integren tanto la formación técnica como la humana.

Debido a esto, se inició el Proyecto HU-CI (Humanización de los Cuidados Intensivos) que busca acabar con estos testimonios y vivencias, intentando que la estancia en las UCIs tanto de los pacientes como de sus familiares sea lo menos traumática posible.

¿En qué consiste este proyecto?

Lo que se busca fundamentalmente es que los profesionales consigan centrarse en la persona a la que atienden, entendiendo que es única, preservando su dignidad y valores, a la vez que traten en base a la mejor evidencia disponible, haciendo uso racional de recursos, e incluyan a los familiares y los hagan partícipes del proceso, recordando que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano y finalmente también es devolver al equipo de salud la vocación y el sentido por lo que hacen.

¿Cómo se consigue?

Pues estableciendo una hoja de ruta con varias líneas de estrategias:

- UCI de puertas abiertas y participación de familiares: tradicionalmente las UCIs han tenido siempre una política restrictiva de visitas que aún siguen existiendo en algunas Unidades, basándose fundamentalmente en que las visitas pueden impedir el descanso del paciente, retrasar los cuidados de enfermería o aumentar el estrés y las infecciones. Sin embargo, la evidencia ha demostrado mayores beneficios que riesgos vinculados a la flexibilización de los horarios, como una mayor satisfacción tanto del paciente como de su familiar, reducción de complicaciones cardiovasculares y mejora de la comunicación con el equipo sanitario.
- Comunicación: se intenta mejorar el nivel de comunicación tanto entre los miembros del equipo de profesionales como con familiares

y pacientes. De este modo se consigue fortalecer el trabajo en equipo, reducir la aparición de conflictos y aumentar la confianza.

- Bienestar del paciente: destinado a disminuir tanto el dolor y el miedo, como aspectos físicos como frío, calor o sed.
 - Cuidados al personal: para evitar el denominado "Síndrome del desgaste profesional" que incluye agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional.
 - Prevención, manejo y seguimiento del Síndrome Post-UCI: estableciendo una estrategia que mejore la recuperación de los supervivientes.
 - Infraestructura humanizada: mejorando tanto los boxes donde ingresan los pacientes como las salas de espera de los familiares o acompañantes.
 - Cuidados al final de la vida: velando por la incorporación de cuidados paliativos en todos los pacientes que lo necesiten, asegurando una muerte digna, libre de dolor y sufrimiento, respetando las preferencias del paciente y familia.
- Finalmente, todo esto debe salir de las Unidades de Cuidados Intensivos, extendiéndose al resto del hospital y convirtiéndose en un planteamiento estratégico de la institución. Además, debe ser trasladado a las aulas donde hoy los equipos clínicos están siendo formados. Sólo de esta forma construiremos un sistema de salud desde una perspectiva de derecho, justo y humano.

Que no te engañen

¿Crees que la alimentación es importante para la salud?



Raúl Martínez Lacruz
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARAOO225

Probablemente si esta pregunta formara parte de una encuesta que se realizara a toda la población española, la inmensa mayoría respondería con un rotundo sí.

La alimentación está presente en cada uno de nuestros días y, además, está de moda y es un tema recurrente entre las conversaciones de la gente. Por no hablar de la dieta. Pero no la dieta entendida como el conjunto de sustancias que regularmente se ingieren como alimento, sino entendiendo la dieta como un proceso transitorio en el tiempo, generalmente corto y, sobre todo, con el cual vas a conseguir tus objetivos rápidamente, y una vez finalizada podrás volver a tu anterior dieta y nada cambiará. Craso error.

"Dietas milagro"

Son múltiples este tipo de dietas, conocidas como "dietas milagro". A continuación, se enumeran las principales características para que puedas reconocerlas y no llevarlas a cabo. Por favor. Tu salud está en juego.

- Algunas de ellas requieren la compra de ciertos productos o suplementos nutricionales.
- Hacen una clasificación de alimentos buenos y malos.
- Prometen resultados rápidos.
- Sirven para toda la población.
- A veces, desgraciadamente, hasta hay detrás de ellas profesionales de la salud.
- Usan imágenes del antes y el después y testimonios de personas que la han llevado a cabo.

Mitos sobre alimentación

Al igual que las dietas milagro, también existen múltiples mitos sobre la alimentación que se propagan como la pólvora entre la población y algunos de ellos incluso se instauran como auténticas leyes. Veamos brevemente algunos de ellos:

1. "Hay que comer de todo, pero con moderación". No es necesario comer de todos los alimentos existentes, igual que hay alimentos que convendría no comer precisamente con mucha moderación, como son las frutas y las verduras que tienen que ser el pilar de la dieta. Cada uno de los alimentos o grupos de alimentos tiene una frecuencia de consumo. Incluso en ese "todo" se podrían incluir "alimentos" como ultra procesados o bollería, perfectamente prescindibles dentro de una dieta sana.
2. "La dieta vegetariana es incompleta". La dieta vegetariana puede ser igual de sana que una dieta omnívora, igual que una dieta vegetariana puede ser igual de insana que una dieta omnívora. Y en ambas afirmaciones se puede sustituir también vegetariana por vegana.
3. "Los huevos suben el colesterol y hay que tomar 2-3 por semana". Actualmente una persona carente de patologías podría tomar hasta un huevo diario.
4. "Las personas con diabetes no pueden tomar plátano, uva o melón porque tienen más azúcar". Mito este muy extendido entre la población y también por parte del personal sanitario. No existe ninguna evidencia científica actualmente de que esto sea así, y tal

y como es hoy en día la alimentación de la población española, no parece lo más recomendable restringir precisamente el consumo de frutas.

5. "Si no se toman suplementos vitamínicos no se llegan a cubrir las necesidades nutricionales". En ningún caso se puede llevar a cabo este consejo al conjunto de la población. Generalmente, si la dieta es adecuada se cubren perfectamente todos los requerimientos de micronutrientes. Además, se corre el riesgo de toxicidad en el caso de algunos de ellos si se toman en exceso.

La nutrición es una ciencia, y como tal, evoluciona con el tiempo, por lo que quizás dentro de unos meses o años el raciocinio de estos mitos puede ser muy diferente al actual. De ahí la importancia de que la población tenga al alcance fuentes de información veraces y fiables.

Desde mi punto de vista, la educación alimentaria sería una de las asignaturas pendientes en este país y muy necesaria para que la población tenga los recursos adecuados para poder gestionar todos los posibles bulos ofrecidos por los diferentes "embaucadores nutricionales" que existen actualmente en nuestro país.

Y la conclusión tras analizar lo importante que sería la alimentación para la salud, y la gran cantidad de información nutricional falsa que actualmente hay al alcance de la población, sería ¿por qué los dietistas-nutricionistas todavía no están integrados en el sistema sanitario público?



La adicción al móvil: un problema en nuestra sociedad actual

Eva María Pelet Lafita. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

Marta Aznárez Lahuerta. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

Irene Fernández Badía. Enfermera

El teléfono móvil se ha convertido en un instrumento imprescindible en nuestra vida diaria. No solo nos encontramos ante una de las principales adicciones actuales sino que además se trata de una problemática en auge. Según diversos estudios, aproximadamente más del 50% de las personas presentan dependencia al móvil.

Los smartphones además de realizar sus funciones básicas destacan por su versatilidad y las facilidades que aportan, de ahí la dependencia y el apego emocional que generan una unión que impide permanecer sin ellos. Recientemente, se han comenzado a realizar investigaciones sobre la adicción al móvil. Actualmente, no existe una categoría que defina esta adicción en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM-IV-TR pero sí existen características compartidas con otros trastornos de adicción como puede ser por ejemplo, la dependencia a sustancias. A su vez, se ha creado el término "nomofobia" para definir el miedo irracional a permanecer sin móvil, quedarse sin batería, olvidarlo en casa...

Señales de alerta de adicción al móvil

- Asegurarse varias veces antes de salir de un lugar de llevar el móvil.
- Si lo has olvidado, se ha quedado sin ba-

tería, no tiene datos suficientes... sensación de intranquilidad, inseguridad, nerviosismo, irritabilidad...

- Si se percibe la ausencia del móvil, se hace lo posible por ir a buscarlo.
- Se mira el móvil con frecuencia en busca de nuevas notificaciones.

¿Qué consecuencias negativas puede acarrear este problema?

Un uso excesivo de los móviles puede conllevar a una pérdida de interés por las relaciones sociales presenciales, provocar depresión y/o ansiedad, alteración del sueño, falta de atención y pérdida de concentración en los estudios o en el mundo laboral, pérdida de la noción del tiempo, problemas económicos, inestabilidad anímica (estar pendiente de quién nos llama o escribe), aumento del peligro en situaciones como la conducción e incluso un comportamiento agresivo.

¿Cómo puedo trabajar para disminuir estas consecuencias?

La finalidad es llevar a cabo el uso controlado del móvil.

Para ello, lo primero es realizar una valoración exhaustiva, qué situaciones son las que más dependencia le ocasionan y otros aspectos que puedan influir. Tras ello, se aportarán técnicas y herramientas que ayuden a la persona a controlar el impulso de usar el móvil constantemente además de controlar el malestar

que le genera el no emplearlo. No consiste en no usar el móvil sino en emplearlo correctamente.

Queremos incidir sobre la problemática actual, y es que a pesar de la evidencia en relación a la dependencia al móvil y los comportamientos disfuncionales que genera, no existe consenso sobre la definición del problema y los criterios de inclusión, lo que dificulta su estudio y posterior abordaje.

Tras la revisión realizada, es posible afirmar la insuficiente evidencia publicada en relación al tema y la gran escasez de criterios y escalas para realizar un diagnóstico temprano. Por otro lado, tras la revisión realizada sobre esta problemática se observa que existe una gran falta de criterios diagnósticos. Es fundamental crear unos criterios bien unificados y delimitados para desarrollar programas de prevención, detección temprana y tratamiento de esta grave situación. Es necesario seguir investigando sobre las características que promueven esta dependencia para hacer la valoración y evaluación pertinente que favorezcan una intervención eficaz.

Realizar estudios en relación al tema para paliar el número de adicciones con programas de prevención y promoción de la salud junto con educación en el uso responsable de las nuevas tecnologías resulta de vital importancia.



Propiocepción, esa gran desconocida

Ángela Ramos Salvachúa. Fisioterapeuta. Hospital Universitario Miguel Servet

Cuántas veces hemos escuchado a alguien quejarse de sufrir recaídas debido a una lesión que no termina de curarse, por ejemplo, un esguince de tobillo. Uno de los principales verdugos en estos casos es el déficit del sistema propioceptivo.

¿Qué es el sistema propioceptivo?

Se trata de un tipo especial de sensibilidad encargado de informar a nuestro cerebro sobre la posición relativa de los segmentos corporales en el espacio en cada momento, y en qué sentido o dirección realizan los movimientos. A diferencia de otros sentidos, la propiocepción informa sobre estímulos internos, ya que tiene sus receptores en músculos, ligamentos, articulaciones, y otros tejidos anexos a éstos. Asimismo, adapta y corrige de manera automática la postura y el movimiento para prevenir lesiones, bien por exceso de velocidad en su ejecución o por el riesgo que dicho gesto supone al cuerpo. Podría considerarse la memoria del sistema músculo-esquelético.

¿Qué ocurre con el sistema propioceptivo cuando nos lesionamos?

No sólo de propiocepción vive el cerebro, puesto que tiene otras fuentes fundamentales de información para optimizar las reacciones de ajuste postural y los tiempos de reacción (como por ejemplo evitar que nos caigamos tras tropezarnos con un bordillo), mejorar el equilibrio y la coordinación entre otros.

Una de esas fuentes es el sistema vestibular situado en el oído interno y especializado en el sentido del equilibrio. Otra de ellas es la vista, la cual aporta referencias importantes a la hora de calcular distancias y orientación en el espacio, y así perfeccionar la agilidad o la coordinación. Sin embargo, ¿sabemos qué ocurre cuando privamos al cuerpo del sentido de la vista? Podemos comprobarlo en casa, basta con probar a ponernos cerca de algún mueble sobre el que podamos apoyarnos en caso de desequilibrarnos, y situarnos a la pata coja con los ojos cerrados. Lo más probable es que notemos mayor inestabilidad que cuando estamos con los ojos abiertos. Esto es debido a que se delega sobre el sistema propioceptivo la mayor parte del ajuste postural, y en caso de que éste se encuentre lesionado, no conseguiremos aguantar durante mucho tiempo la postura.

¿Por qué es tan importante reforzar este sistema?

Sin duda es el principal mecanismo de protección del sistema músculo-esquelético para prevenir lesiones y mejorar la calidad de nuestros movimientos. Si este funciona correctamente, el control neuromuscular y la funcionalidad de nuestras articulaciones será óptimo, otorgando al cuerpo la capacidad de reaccionar frente a distintas situaciones: desde salir airoso de un resbalón en la cocina, hasta hacer un lanzamiento de balón de manera profesional. En el ámbito deportivo, no se conciben planes de rehabilitación o

de preparación física que no incluyan este tipo de ejercicios, ya que como hemos visto, sin la propiocepción estaremos induciendo a nuestro cuerpo a recurrentes lesiones por malos ajustes en la coordinación, estabilidad o velocidad de reacción.

¿Cómo puedo trabajar la propiocepción?

Al distribuirse a lo largo de todo el cuerpo sería conveniente realizar estos ejercicios tanto a nivel de miembros superiores como inferiores, tronco, región cervical, sin olvidarnos de una región que no es tan conocida pero no por ello es menos importante, el suelo pélvico. A continuación, se presentan enlaces para entrenar:

Miembros Superiores [<https://www.youtube.com/watch?v=liQZlimHNOU&t=79s>]

Miembros Inferiores [https://www.youtube.com/watch?v=Cpog_CeW1Aw]

Cervicales [https://www.youtube.com/watch?v=Cpog_CeW1Aw]

Tronco o "core" [<https://www.youtube.com/watch?v=tNfx9Mb1Tg>]

Para los que cuenten con un balón de fitball [<https://www.youtube.com/watch?v=kB2FUGdjm7U>]

Específicos para el suelo pélvico tenemos los Ejercicios de Kegel [<https://www.youtube.com/watch?v=EERsioSUAEU>]

Adaptados para personas mayores [<https://www.youtube.com/watch?v=q8Bgk7p01ww>]

medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA

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

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/

y envíenos su correo electrónico



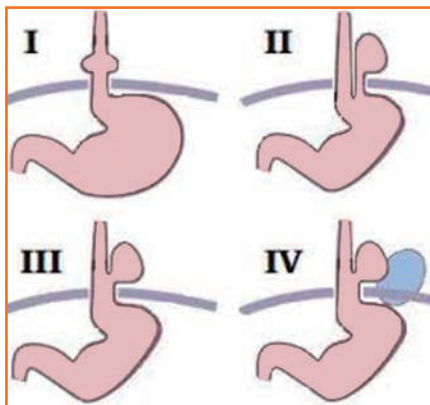
La hernia de hiato, una enfermedad silenciosa

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

El hiato esofágico es un orificio que existe en el diafragma (músculo que separa el tórax del abdomen), a través de este pasa el esófago para unirse posteriormente al estómago. La hernia se produce cuando una porción del estómago protruye hacia arriba penetrando en el tórax.

La aparición de esta patología, en la mayoría de los casos, suele asociarse a pérdida de fuerza, flexibilidad o laxitud de los músculos y ligamentos abdominales, elevada presión abdominal, aunque en ocasiones la causa primaria está relacionada con malformaciones congénitas.

La prevalencia exacta es difícil de cuantificar, aunque su incidencia es directamente proporcional a la edad y la obesidad, se da con más frecuencia en mujeres multíparas, personas que realizan esfuerzos repetitivos con la musculatura abdominal o con patologías asociadas.



Clasificación

• **TIPO I o deslizantes:** Se produce un deslizamiento del cardias hacia la zona del mediastino, en la mayoría de los casos debido a la pérdida de fuerza del ligamento freno-esofágico, son las más frecuentes (80-90% de los casos).

Figura 1

SÍNTOMAS

Ardor de estómago
 Dolor en el abdomen o pecho
 Disfagia
 Halitosis
 Dificultad respiratoria
 Tos seca
 Regurgitación de contenido alimenticio a la boca
 Flatulencia
 Sensación de plenitud
 Sensación de quemazón en el esófago provocado por el reflujo de ácido
 Hematemesis
 Hematoquecia

COMPLICACIONES

Aspiración pulmonar por reflujo de contenido alimenticio o ácido estomacal
 Anemia ferropénica debido al sangrado continuo
 Estrangulación de la hernia como consecuencia de la obstrucción

• **TIPO II, paraesofágicas o rodantes:** Se mantiene la unión gastro-esofágica pero el hiato es más grande y deja que las vísceras atraviesen hacia el mediastino quedando en paralelo al esófago.

• **TIPO III o mixtas:** Se dan cuando se combinan el tipo I y II.

• **TIPO IV:** La herniación puede ser combinación del estómago con otros órganos herniados son más grandes, intestino delgado o grueso, bazo, páncreas o solamente de estos últimos.

(Ver Figura 1)

Los síntomas de la hernia de hiato pueden controlarse disminuyendo los factores de riesgo extrínsecos como; evitar el sobrepeso, comidas copiosas y abundantes, levantar objetos pesados, estreñimiento, etc.

Existen casos en los que las medidas higiénicas no son suficientes y hay que introducir productos farmacológicos como antiácidos, que reducen la acidez estomacal mediante la neutralización, inhibidores de la bomba de protones o de histamina-2 que reducen la formación y secreción de ácido por las glándulas del estómago.

Cuando los síntomas no pueden ser controlados o aparecen complicaciones graves es conveniente plantearse la cirugía. Esta intervención se puede realizar mediante técnica laparoscópica o cirugía abierta y su objetivo final es cerrar el hiato, reducir el tamaño de la hernia y recolocar los órganos afectados en su lugar.

La pérdida de peso es una de las medidas más efectivas ya que reduce considerablemente la presión abdominal, realizar comidas más ligeras y aumentar el número de ingestas facilitará el proceso de la digestión.

Se desaconsejan alimentos ricos en grasa como; mantequilla, nata, embutido, carnes y pescados grasos, queso curado, evitar legumbres con piel, chocolate, café, alcohol, especias y picantes. Utilizar técnicas culinarias como vapor o plancha, frutas y verduras mejor cocinadas que crudas, introducir alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento y lácteos desnatados. Tener en cuenta que los alimentos muy fríos o muy calientes favorecen la irritación.

Realizar la última comida dos o tres horas antes de ir a la cama, si es necesario se puede dormir con el plano de la cama 30°, esto evitara el reflujo.



Las picaduras más frecuentes en niños

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

Con la llegada del verano, uno de los motivos de consulta más habituales en Atención Primaria son las picaduras.

A continuación, se detallan las picaduras más habituales, así como métodos de prevención y tratamiento de las mismas.

Mosquitos

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

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

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

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

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

los en las manos de los niños de corta edad por riesgo de introducirse la mano en la boca.

- Cuando los niños vayan a estar expuestos al sol, primero se aplicará el protector solar, esperando a su absorción, y posteriormente, el repelente.

- Se desaconseja emplear los productos que contengan protector solar y repelente en uno. Cuando la prevención no ha sido suficiente y se encuentran picaduras, se lavarán con agua y jabón. En el caso de ser necesario, se pueden emplear productos farmacéuticos como las barras de amoníaco.

Abejas y avispas

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

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

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

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

Medusas

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

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

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

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

Ganglión

Daniel Marín Puyalto. F.E.A. de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital San Jorge. Huesca
Paul Vicente Alonso de Armiño. F.E.A. de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital San Jorge. Huesca
Marta Sancho Rodrigo. F.E.A. de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital San Jorge. Huesca
Marta Molinedo Quilez. M.I.R. de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital San Jorge. Huesca
Iraia Berasategi Noriega. M.I.R. de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital San Jorge. Huesca

Los gangliones son las masas benignas más frecuentes de las partes blandas de la mano. Pueden aparecer a cualquier edad, pero son más comunes en mujeres entre los 20 y los 40 años.

Se encuentran con más frecuencia en la muñeca pero pueden afectar a cualquier articulación.

Suelen tener entre 1 y 2 cm de tamaño y formarse de repente o de manera más gradual. En algunas ocasiones existe un antecedente traumático pero en la mayoría de casos no hay una causa concreta.

Están formados por un líquido llamado mucina, claro y muy viscoso con una alta concentración de ácido hialurónico.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, aunque pueden ser necesarias otras pruebas cuando el diagnóstico no está claro.

Se trata de una masa lisa, redondeada, de consistencia blanda que se palpa por debajo de la piel. En la mayoría de casos no produce ningún síntoma, aunque puede dar dolor y sensación de hormigueo, así como otros síntomas por compresión de las estructuras cercanas.

La ecografía es la prueba de elección para el diagnóstico, aunque en algunos casos puede ser necesaria una resonancia magnética para confirmarlo.

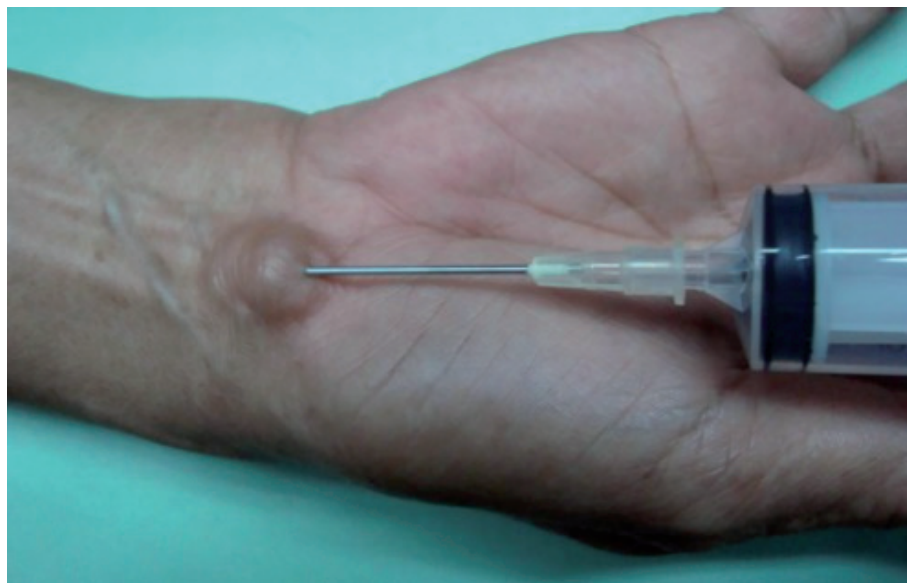
Tratamiento

En la mayoría de pacientes el ganglión se resuelve espontáneamente por lo que en principio no precisan tratamiento.

En el caso de persistencia o que produzcan dolor u otros síntomas pueden tratarse mediante aspiración o cirugía abierta.

La aspiración del ganglión se realiza con una aguja tras infiltración de anestésico local y suele ser la primera opción con el riesgo de que puede volver a crecer.

En caso de recurrencia se opta por la cirugía abierta que tiene una tasa menor de recidivas.



medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA

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

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/

y envíenos su correo electrónico

Musicoterapia en Geriatria

Virtudes Morcillo Martínez

Presidenta de la AAMT.

Musicoterapeuta registrada en España, MTAE y SMTAE por la AEMP-EMTC.

Componente de la CAEMT (Comisión de Acreditación Española de Musicoterapeutas)

Responsable de Prácticas del Máster de Musicoterapia de la UNIZAR. Facultad de Educación 2016-2018.

Directora del Curso de Musicoterapia, dentro de la campaña de los Cursos Extraordinarios de Verano de la Universidad de Zaragoza. (2007-2018...)

"La Musicoterapia es el uso de la música y/o elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta especializado con un cliente o grupo de clientes en el proceso diseñado para facilitar y promover la comunicación, relajación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Tiene también como objetivo desarrollar y potenciar y/o reparar funciones del individuo para que así pueda alcanzar la integración inter e intra personal y consecuentemente alcanzar una mejoría de vida a través de prevención, rehabilitación y tratamiento" (WFMT, 1996).

La Musicoterapia usa la música como elemento terapéutico. Necesita un profesional bien cualificado y una metodología de trabajo con objetivos a desarrollar y estos vendrán determinados por el ámbito de aplicación en que la terapia se lleve a cabo.

Por tanto, la Musicoterapia es la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica y preventiva, a través de la relación que se establece entre paciente o grupo de pacientes y el musicoterapeuta. Actualmente está integrada en el grupo de las terapias creativas, junto con la Danza-Terapia, Arte-Terapia, Poesía-Terapia y el Psicodrama. La fundamentación científica de la Musicoterapia y su difusión en todo el mundo -tanto en el campo de la rehabilitación física, psiquiátrica y social como en el ámbito escolar y de Educación Especial- son hechos relativamente recientes, dado que la carrera universitaria de Musicoterapia existe sólo desde la década de los cincuenta. No es una medicina alternativa, sino que constituye una terapia real en sí misma.

La tercera edad

La OMS (2020) clasifica la tercera edad en tres etapas:

De 60 a 70 años- Senectud.

De 72 a 90 años- Vejez.

Más de 90 años- Grandes ancianos.

El envejecimiento es un proceso psicobiológico de deterioro que experimenta el ser humano. En España la expectativa de vida ha pasado de 36 años en 1900 a 85, 90, 95 años en 2018. Se vive más tiempo gracias a los avances de la medicina y se tiene mejor calidad de vida en muchos países, pero ello también conlleva que aumente cada vez más el número de enfermos en los geriátricos.

En edades avanzadas indudablemente aparecen una serie de alteraciones neuropsico-patológicas y psicopatológicas, como problemas motores, disfunciones sensoriales, de memoria y lenguaje; pero también aparecen problemas psicosociales relacionados por ejemplo con la soledad: alejamiento de los seres queridos, pérdida de amigos...

Según Herrero, Sabañés y Payés, las causas responsables del proceso de envejecimiento pueden ser "Exógenas": factores climatológicos, consumo de alcohol, tabaquismo o drogas, consumo de fármacos (antipsicóticos, benzodiazepinas, antidepresivos) la exposición a radiaciones y el estrés social. También pueden ser "Endógenas": cambios en la neurotransmisión cerebral y cambios histológicos.

Está comprobado que la actitud positiva de las personas retrasa el envejecimiento y lo mejor para los mayores, sin duda, es vivir en el seno familiar. La realidad actualmente es que el mayor tiene que adquirir la capacidad o fuerza suficiente para vivir en soledad en el hogar o en una residencia, a veces con demasiada compañía.

Por otro lado, frecuentemente la sociedad es injusta con los mayores y desaprovecha a una serie de personas que se jubilan estando todavía en plenitud de facultades para desarrollar su profesión (el cambio generacional impone que muchos de los mayores se sientan relegados por las nuevas generaciones). La falta de trabajo habitual (inactividad impuesta a veces por falta de recursos para llevar una vida normal) junto con la pérdida de intereses e ideales constituyen otro problema a nivel psicosocial.

Trastornos psíquicos y físicos

Los trastornos y enfermedades en edad avanzada pueden ser psíquicos y físicos.

• Psíquicos:

- **Trastorno de ansiedad:** Crónica. Situacional-reactiva (cambio de domicilio, hospitalización). Asociada a patología orgánica (enfermedad y estados demenciales)

- **Trastornos afectivos:** Depresiones: De origen endógeno: Bipolares y Monopolares. Crónicas. Involutivas. Pseudodemencias depresivas.

- **Psicosis esquizofrénica:** Esquizofrenia. Estados paranoides. Paranoia. Parafrenia tardía. Reacciones psicóticas breves.

- **Síndromes demenciales:** Demencia senil. Alzheimer. Demencia multiinfarto. Demencia de origen tóxico.

- **Trastornos neurológicos con repercusión psiquiátrica:** Tumores intracraneales. Hidrocefalia. Enfermedades extrapiramidales: Corea de Huntington, enfermedad de Parkinson. Traumatismos craneoencefálicos, Sífilis parenquimatosa. Demencias subcorticales (Kaplan, Freedman y Sadok, 1980 y Herrero, Sabañés y Palyés).

• Físicos:

- **Trastornos músculo-esqueléticos.** Del aparato circulatorio, sangre, corazón. Disfunciones sensoriales debidas a la edad. *Trastornos del sistema respiratorio. Trastornos gastrointestinales. Trastornos endocrinos y trastornos del sueño.* (Spence, 1989)

Proyecto de Musicoterapia en una Residencia Geriátrica

Si analizamos a un grupo de ancianos de cualquier residencia, podemos deducir claramente una serie de datos que nos van a indicar la dificultad de integración que tienen en el centro, la difícil o nula relación habida entre ellos y su frágil estado de salud mental.

La situación que sienten de abandono, unido al deterioro progresivo e irreversible de sus capacidades físicas y mentales, el desarraigo del medio natural, la dependencia de profesionales ajenos sin entronque afectivo y la necesidad de convivir con personas no deseadas, les impulsa a adoptar diferentes estrategias y actitudes defensivas que no siempre favorecen su bienestar psicológico e impiden con frecuencia que los tratamientos sean efectivos.

¡BUENAS NOTICIAS, JÓVENES!

La Organización Mundial de la Salud ha declarado que a los 65 años una persona se considera joven aún.

De acuerdo a las expectativas de vida actuales se han establecido otros parámetros para definir la edad de las personas:

0 a 17 años: Menor de edad

18 a 65 años: Joven

66 a 79 años: Mediana edad

80 a 99 años: Adulto mayor

+ de 100 años: Personas de edad avanzada

augedevida.com



Casa Familiar Nra. Sra. de los Angeles

Estas estrategias pueden manifestarse en indicadores fácilmente evaluables como:

- Agresividad hacia el medio y hacia los otros.
- Indiferencia y conductas regresivas.
- Abandono y dejadez.
- Centrarse en uno mismo y tener obsesiones.
- Ansiedad y, consecuentemente aumento de la somatización de los conflictos, tanto físicos como psicológicos, etc.

Es muy importante tener en cuenta que los recursos terapéuticos no son fáciles de aplicar en un colectivo tan heterogéneo y con diversos niveles de dificultad. Por eso realizo este proyecto basándome, fundamentalmente, en los recursos que proporciona la música y el arte en general como motor de conexión y comunicación con la trayectoria biográfica del paciente.

Por medio de las proyecciones obtenidas a través de la expresión artística, se pueden extraer en la sesión de Musicoterapia aquellos datos que, reelaborados, sirvan estudiar el beneficio de la terapia musical en este tipo de población y poder ayudarles más sencilla y eficazmente.

¿Qué aporta la Musicoterapia a los pacientes de avanzada edad? (Ana Claire, 1927)

1. Estimulación emocional y física.
2. Comunicación.
3. Expresión de emociones.
4. Promoción de asociaciones mentales y emocionales.
5. Relajación.
6. Entretenimiento y recreación.

Múltiples investigaciones avalan la efectividad de la Musicoterapia:

1. Influencia fisiológica de la música: En presión sanguínea y pulso cardíaco (J. Hyde), respiración, tolerancia al dolor, reacción galvánica de la piel, dilatación pupilar...etc.
2. Motricidad: Aumenta la movilidad de las extremidades y las fortalece.
3. Influencia emocional: Aminora la ansiedad y puede relajar. Hay que tener en cuenta que una misma música no tiene los mismos efectos en todos los pacientes (ISO).

4. Preferencias musicales: Prefieren la música de su juventud, popular, jazz, patriótica, religiosa, espectáculos musicales, música de los años 30-40, folk, sinfónica, ópera...(según su cultura musical)

La Musicoterapia tiene una finalidad preventiva muy importante y además estimula la memoria, reduce la confusión y aumenta la retención de información. Los enfermos de Alzheimer recuerdan más las palabras cantadas y las pronuncian mejor. Es bueno estimularlos con canciones que evoquen el pasado. Los mayores son muy sensibles al volumen musical y prefieren cantos con acompañamiento.

Objetivos generales del proyecto

1. Prevención de problemas emocionales serios: Ayuda a la socialización (cantar en coro, improvisación musical, danza, dramatización...).
2. Prevención de trastornos músculo-esqueléticos: Actividades de danza como al eutritmia (movimiento con música a ejercitar sentados), danza de libre expresión, danza social (vals, pasodoble, bailes sociales de juventud, folklóricos) o relajación con música.
3. Medio para ejercitar facultades. A nivel físico: movimiento y danzas, práctica con instrumentos... A nivel psíquico y emocional: ejercitar la memoria, desarrollar la inteligencia, articulación del lenguaje con la enseñanza y práctica de melodías sencillas de contenido emocional con el fin de motivarlos. Tocar instrumentos como "hobby". Fomentar la creatividad: composición de canciones, poesías, dibujos, danzas...
4. Ayuda a llenar vacíos. Si falta la posibilidad de viajar se puede utilizar la técnica de los "viajes musicales" con la visualización de películas y paisajes.
5. Sirve de recreo o pasatiempo. Es una ayuda indispensable para combatir la soledad y prevenir problemas emocionales, falta de motivación y estímulo para vivir. En este caso son muy positivos: el baile, los juegos musicales, la música popular contemporánea o jocosa, organización de concursos de canto, coro, villancicos....etc.

Objetivos específicos

1. Posibilitar la consciencia, la expresión y la comunicación afectiva.
2. Desbloquear los automatismos de defensa de regresión social.
3. Favorecer la relación y el trabajo conjunto participativo.
4. Rebajar los niveles de ansiedad y agresividad.
5. Reconstruir la memoria afectiva.
6. Elevar el nivel de autoestima.
7. Desarrollar en interés por la recuperación de la propia imagen.
8. Posibilitar el desarrollo de las conductas psicomotrices y trabajar los mecanismos de la memoria.

Metodología del proyecto

1. Estudio previo de los historiales de los residentes.
2. Realización de una ficha personal, familiar y social.
3. Ordenación de temas a trabajar y priorizar.
4. Creación de un fondo documental musical y bibliográfico adecuado al colectivo.
5. Usaremos métodos activos llamados también creativos del profesor Alfred Schmolztz fundamentado en cuatro actividades musicales: tocar un instrumento, componer, cantar y bailar.
6. Para la relajación, el método de Hellen Bonny "GIM" (música guiada de imágenes) es muy positivo (aunque se necesita de una preparación muy exhaustiva para su aplicación). Intentaremos valernos de música clásica, que es la usada en este método, porque no suele tener un significado concreto y favorece recuerdos de experiencias profundas, cosa que no ocurre con la popular o folklórica. También nos valdremos de esa música romántica de los años sesenta que, al colectivo con el que vamos a trabajar, le trae tantos recuerdos.

Evaluación

Al final de cada sesión, para comentar si los objetivos se cumplen y el avance de cada paciente, puesto que les ayudará a tener mejor calidad de vida: física, psíquica y emocional que, en definitiva, es la finalidad que deseamos conseguir.

Fin del tratamiento

El tratamiento se suspenderá cuando, una vez valorado el estado del paciente y su evolución, se llegue a la conclusión de que la Musicoterapia ya no le aporta efectividad. Y hasta que el paciente asista voluntariamente con agrado y consciente de que es bueno para su calidad de vida.



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