

SUMARIO

- 2 Baja Visión
- 3 La oxigenación hiperbárica, una aliada contra la migraña
- 4 Mujer de 92 años con dolor neuromuscular a nivel inguinal
- 6 Terapia broncodilatadora...
- 8 ¿Qué es el sistema BIPAP?
- 9 Manejo de los dilatadores de Hegar...
- 10 Sistemas de continencia para pacientes ostomizados
- 12 "Doctor, mi padre ha pasado toda la noche diciendo cosas extrañas e inquieto"...
- 13 Manifestación clínica del hipertiroidismo en el anciano
- 14 ¡Largas esperas en urgencias... no para todos!
- 16 Trabajo médico diario en una unidad de medicina intensiva (UMI)
- 17 La incontinencia urinaria...
- 18 Musicoterapia para jóvenes con discapacidad intelectual
- 20 La puerta verde de Panticosa



EJEMPLAR GRATUITO

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

De vuelta al cole

Baja Visión

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

**YANGUAS
ÓPTICOS**

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

En el año 2012 la OMS calculaba que había 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales, 39 millones eran ciegos y 246 millones presentaban baja visión.

El envejecimiento de la población está conllevando un gran aumento de la necesidad del cuidado de la baja visión.

Las principales patologías que causan baja visión en los países desarrollados en la población adulta son: Degeneración macular asociada a la edad. (DMAE), miopía patológica, Glaucoma, Retinopatía diabética, Retinosis Pigmentaria y Desprendimiento de retina.

En Europa casi una de cada tres personas mayores de 75 años tienen DMAE, según la OMS. En España, en la estadística que proporciona la ONCE, hay que destacar que la miopía patológica es la mayor causa de afiliación.

Cualquier persona que presente una disminución de la función visual (agudeza visual, campo visual, sensibilidad al contraste, visión binocular) deberá acudir al oftalmólogo. Si la persona no alcanza una función visual suficiente para el desempeño de las actividades de la vida diaria una vez acabado los tratamientos, el paciente debería acudir a un centro de baja visión, para determinar el tipo de ayuda visual que requiere.

En YANGUAS ÓPTICOS somos optometristas especialistas en Baja Visión.

Si el paciente tiene un buen resto útil de visión diseñaremos además de la prescripción de ayudas visuales un programa de rehabilitación visual. El objetivo es que el paciente pueda retomar habilidades como poder leer, poder desplazarse, habilidades visuales para estudiar o trabajar etc.

En el caso que el paciente no tenga buen resto útil de visión, existen ayudas inteligentes y/o electrónicas que le permitirán leer, manejarse con facturas, recibos...

Al realizar el examen de baja visión, en YANGUAS ÓPTICOS, intentamos pactar unos objetivos a conseguir con el paciente.

Unos quieren leer de forma prolongada, otros ver un recibo, jugar a las cartas. En función de la tarea a realizar se prescribirá el tipo de ayuda de baja visión.

Otros no querrán leer pero si poder ver la TV. Cada paciente tiene unas necesidades diferentes. Es importante comprender que se necesita más de una ayuda de baja visión, cada tarea requiere diferente resolución visual. Los especialistas en baja visión le recomendarán cuál es la más indicada. El paciente debe saber que no ha perdido la totalidad de su visión, el optometrista puede ayudarle a potenciar con ayudas de baja visión ese resto visual.

Actuación multidisciplinar

Es muy importante la adecuación de la vivienda del paciente, jugando con la iluminación, los contrastes...

En YANGUAS ÓPTICOS le orientaremos como adecuar su espacio.

La persona con baja visión no debe renunciar a las actividades habituales, la lectura y la utilización frecuente de su visión de cerca, mantiene activa su capacidad cognitiva.

Como podemos ver estamos ante un problema en el que se requiere una actuación multidisciplinar para poder devolver al paciente su autonomía para las actividades de la vida diaria. Ese es nuestro principal objetivo.



AYUDA ELECTRÓNICA
PARA LOS MÁS
LECTORES O ESTUDIANTES
QUE NECESITEN MUCHA
MAGNIFICACIÓN



LECTOR DE TEXTOS ORCAM READ.
(NECESARIO ENTRENAMIENTO)



GAFAS PARA CERCA CON MAGNIFICACIÓN Y LUZ
PARA POTENCIAR EL CONTRASTE.
IMAGEN CEDIDA POR VISIÓN FRÁGIL.



FILTROS SELECTIVOS PARA MINIMIZAR EL
DESLUMBRAMIENTO.
IMAGEN CEDIDA POR ML OPTICS.



LUPAS CON LUZ Y BASE.



GAFA PARA VER TV

La oxigenación hiperbárica, una aliada contra la migraña

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Un porcentaje elevado de pacientes con migraña no siente la mejoría suficiente con los tratamientos habituales. La oxigenación hiperbárica ha demostrado ser una terapia complementaria eficaz para prevenir y tratar las crisis de esta enfermedad.

La migraña es una **enfermedad neurológica crónica, incapacitante**, que afecta al 15% de la población europea y al 14% de la española; más frecuente en mujeres jóvenes y de gran comorbilidad.

Según un estudio de la Sociedad Española de Neurología, solo el **17% de los pacientes con migraña utiliza la medicación apropiada**. Además, un **40%** está **sin diagnosticar**.

La migraña está caracterizada por **crisis de dolor de cabeza recurrente e intenso** que puede ir acompañada de náuseas, vómitos, hipersensibilidad a la luz y al ruido y empeoramiento debido a la actividad física.

El dolor de cabeza **incide directamente en la calidad de vida**, ya que impide con frecuencia desarrollar con normalidad actividades laborales, sociales y familiares.

Origen de la migraña

Desde hace décadas se han planteado múltiples teorías para explicar el curso de la migraña, su componente genético y su asociación a factores de riesgo. Actualmente **se desconoce una fisiopatología única y exacta que la explique**. La teoría más antigua y con mayor sustento es la vascular. Entre las alteraciones que produce se encuentran cambios estructurales, implicación de neuropéptidos, sensibilización e inflamación neurogénica.

La oxigenación hiperbárica para tratar la migraña

Lo más habitual para tratar la migraña es el tratamiento sintomático con fármacos no específicos (paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos), fármacos preventivos (ergóticos y triptanes) y fármacos coadyuvantes (antieméticos, etc.).

Existe un porcentaje elevado de pacientes con migraña que **no siente la mejoría suficiente con este tipo de tratamientos**.

En la búsqueda de alternativas para el tratamiento de la migraña, varios estudios han demostrado que **la oxigenación hiperbárica puede ser una terapia complementaria eficaz**

para prevenir y tratar las crisis de migrañas, ya que los pacientes sentían una mejora considerable tras las sesiones de cámara hiperbárica. El aporte de oxígeno medicinal a una presión superior a la atmosférica, permite que ese oxígeno llegue a todos los tejidos, provocando un **efecto antiinflamatorio y regenerativo**. De esta forma se reestablece la actividad en las áreas del cerebro afectadas y se reduce el dolor.

Es imprescindible que un médico hiperbarista valore al paciente y marque un plan de tratamiento. Este trabajará en coordinación con otros médicos para **abordar la migraña de forma interdisciplinar**. El tratamiento es cómodo y fácil para el paciente.

¿Dónde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

En Navarra contamos con la **única cámara hiperbárica**, avalada por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica y Sanidad Navarra, en el centro **Oxien**, del Grupo Sannas. Oxien cuenta con un equipo de expertos que hacen vivir una experiencia inolvidable al paciente.

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

Mujer de 92 años con dolor neuromuscular a nivel inguinal.

Un caso clínico de fascitis necrotizante en paciente anciano



Dr. Alberto López Las Heras. Residente Medicina de Geriatría Hospital San José. Teruel.

Dra. Marta González Eizaguirre. F.E.A. Geriatría. Hospital San José. Teruel.

Dra. Carmen Oquendo Marmaneu y Dr. Miguel Sánchez Ortiz. Residentes Medicina de Geriatría. Hospital San José. Teruel

Ana Mateo Abad. Enfermera especializada en Geriatría. Hospital San José. Teruel.

Ana Sangüesa Lacruz y Elisa García Simón. Residentes Enfermería de Geriatría. Hospital San José. Teruel

Se describirá el caso de una paciente mujer de 96 años que acude a Urgencias Hospitalarias con un cuadro de dolor en miembro inferior izquierdo y estreñimiento de cuatro días de duración con dolor abdominal difuso en fosa ilíaca izquierda; y la posterior evolución tras su ingreso en planta. Durante su estancia se le diagnostica de fascitis necrotizante secundaria a diverticulitis aguda complicada y se le administra tratamiento antibiótico y quirúrgico. Tras la mala evolución de la paciente a pesar del tratamiento se deciden medidas de confort. Finalmente, la paciente fallece tras 5 días del ingreso.

La fascitis necrotizante es una infección de la piel y tejidos blandos que se asocia a necrosis de la fascia, con evolución rápidamente progresiva y una alta mortalidad. Dada la gravedad del cuadro requiere un diagnóstico y tratamiento precoz. La tasa de incidencia anual en Europa Occidental es de 1 caso por cada 100000 habitantes, y la mayoría de fallecimientos en España se producen en personas mayores de 70 años (1). El tratamiento consiste en soporte hemodinámico y respiratorio, desbridamiento quirúrgico precoz y extenso y tratamiento antibiótico empírico endovenoso (habitualmente se emplea piperacilina-tazobactam +/- clindamicina en nuestro medio) (2).

Presentación del caso

• **Antecedentes personales:** artrosis, insuficiencia venosa crónica, diverticulitis. Intervenciones quirúrgicas: histerectomía y anexectomía (a los 39 años), apendicectomía (a los 40 años), poliplectomía en colon (2013), meniscectomía bilateral (a los 18 años). Ingresos previos: diverticulitis aguda y absceso presacro (10-21/4/2010). Alergias: penicilina, vitamina B12, pirazolonas, cefalosporinas, ácido acetilsalicílico.

• **Enfermedad actual:** paciente mujer de 92 años que acude a Urgencias Hospitalarias el día 1/11/2020 derivada desde centro de salud por cuadro consistente en dolor en fosa ilíaca izquierda (FII) y región inguinal izquierda que

se acompaña de impotencia funcional de miembro inferior izquierdo (MII) y estreñimiento de 4 días de evolución.

• **Exploración física.** Constantes: TA 100/59 mmHg, FC 63 lpm, Temperatura 36.2°C. Regular estado general, paciente consciente y orientada, Glasgow de 15 sin focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen blando y depresible, no distendido, con dolor a la palpación profunda en FII y cierta defensa focal, Murphy, Rosving y Blumberg negativos; con ruidos hidroaéreos bajos y metálicos. MII con impotencia funcional e ingurgitación desde región inguinal a rodilla con crepitación, pero sin eritema, zonas fluctuantes o posibles puertas de entrada. Pequeña úlcera en cara interna de pantorrilla izquierda, sin signos inflamatorios a este nivel.

• **Pruebas complementarias.** Analítica de sangre: 28600 leucocitos (93 % neutrófilos, 2% linfocitos), Hb 11, Hcto 32.5%, INR 0.96, actividad protrombina 108%, Creatinina 1, Na 135, PCR >270, procalcitonina 3.37. Radiografía abdominal: distensión del marco cólico sin niveles hidroaéreos, visualización de enfisema a nivel de cadera izquierda. Radiografía de pelvis: se aprecia aire subcutáneo. TAC abdominopélvico: colección presacra

en contacto con colon sigmoide junto con burbujas aéreas que ascienden por espacio subperitoneal inferior a bifurcación iliaca. Extensión hacia glúteo menor, subglúteo izquierdo rodeando cadera y afectando a planos superficiales y profundos. Cultivo de exudado: positivo para E. coli.

• **Juicio diagnóstico:** fascitis necrotizante secundaria a diverticulitis aguda complicada.

• **Evolución:** se comenta el caso con UCI, pero la paciente no es candidata a tratamiento por su parte. Se explica a la familia de la paciente las opciones terapéuticas disponibles (tratamiento conservador o drenaje quirúrgico), así como la mala situación clínica y de pronóstico de la paciente. Los familiares deciden intervención quirúrgica.

Intervención quirúrgica (fasciotomía de muslo izquierdo) 1/11/2020: se realiza apertura por planos con evidencia de tejido celular subcutáneo edematoso. Apertura fascial y disección roma de planos musculares con salida de líquido serohemático denso (no purulento) y burbujas aéreas. Ampliación del acceso fascial hacia craneal y caudal, con individualización de elementos musculares. Se explora cavidad en totalidad hasta donde el tejido disecado permite. Lavado con suero salino fisiológico (2L), revisión de hemostasia

y colocación de 3 drenajes Penrose. Como antibioterapia se emplea aztreonam 2 gr endovenoso. Se obtienen muestras para cultivo y anatomía patológica de fascia y músculo.

A pesar de los tratamientos administrados se produce un deterioro progresivo con fallo renal precoz. Ante la mala evolución se inicia tratamiento de confort con bomba de sedación, ajustada según necesidades. La paciente fallece el día 6/11/2020.

Conclusiones

Al analizar la evolución de la paciente, comprobamos la gravedad de un cuadro de fascitis necrotizante en un paciente de avanzada edad y la dificultad de su tratamiento. El diagnóstico se realizó en un periodo de tiempo relativamente precoz (quizás se podría haber percibido antes, pero dado las manifestaciones atípicas de la enfermedad propias del paciente añoso la clínica de la infección puede haberse enmascarado). También recalcaremos la dificultad en la elección del tratamiento dadas las múltiples alergias de la paciente y el riesgo quirúrgico por sus comorbilidades. En definitiva, la fascitis necrotizante es una infección de mal pronóstico y debemos intentar diagnosticarla con la mayor brevedad, tratarla lo más agresivamente posible y de forma precoz para intentar evitar un desenlace fatal, especialmente en un paciente frágil.



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

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

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

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

aragon@zonahospitalaria.com



Terapia broncodilatadora, ¿por qué y cómo usar los dispositivos?

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

El tratamiento broncodilatador está indicado en patologías respiratorias como: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Asma y agudización de ambas.

En las patologías bronquiales, la vía inhalatoria ha ido desplazando a la vía oral y a la intravenosa para la administración de fármacos. Esto es debido a que la cantidad de fármaco que se necesita es mucho menor (microgramos frente a miligramos), la incidencia de efectos adversos disminuye y el inicio de acción es rápido, de minutos frente a horas con terapia oral. Otra ventaja es que el fármaco llega de manera directa al área respiratoria, presentando una duración de acción suficiente.

Todo esto es posible ya que existe una gran superficie tisular pulmonar, la cual presenta una rica vascularización. Además, es un medio localmente estable y el efecto farmacológico puede ser repetible.

Nuevos dispositivos

Pero tiene un gran inconveniente esta terapia

broncodilatadora. La utilización incorrecta de los dispositivos de inhalación por parte de los pacientes, muchas veces causado por mala explicación del manejo por parte de médicos y enfermería, otras por la dificultad para realizar una inspiración correcta o incluso por la mala coordinación pulsación/inspiración sobre todo en pacientes ancianos.

A lo largo de los años se han ido realizando diferentes estudios valorando la adherencia al tratamiento y la mejoría de los síntomas, por eso se ha diseñado progresivamente nuevos dispositivos que eviten la necesidad de coordinación pulsación/inspiración, que sean más prácticos para evitar el abandono de tratamiento y una mayor eficacia del fármaco al realizar correctamente la inhalación. Pero a pesar de ello, exigen un conocimiento adecuado de la técnica de uso por parte del paciente. Hay que tener en cuenta que la enseñanza de la técnica es un proceso progresivo y continuado. No se debe sobrecargar a los pacientes con un exceso de información de una sola vez, y el lenguaje utilizado debe ser sencillo y directo con mensajes claros que se repitan constantemente.

Tipos y la técnica para un uso correcto de los inhaladores

Tipos de dispositivos

1. Presurizados: 3 tipos: clásicos, Activados con la inspiración y de Solución líquida.

- Usados con cámara espaciadora mejoran el depósito pulmonar.
- Tienen un Sistema pasivo: el fármaco sale impulsado hacia el paciente por el propelente. Flujo inspiratorio mínimo: 20 l/m. Inhalación lenta y profunda.
- Inconvenientes:
 - Aprendizaje.
 - Coordinación pulsación/inspiración (los clásicos y los de solución líquida).
 - Efecto frío-freón: es decir, detención de la inspiración al impactar los propelentes a baja temperatura en la orofaringe.
 - Irritación faringea, candidiasis oral...

2. De polvo seco (Unidosis, Multidosis).

- Tienen un Sistema activo: el paciente moviliza el fármaco.
- Flujo inspiratorio mínimo: 30 l/m.
- Al inspirar se disgrega y transporta el polvo.
- Inhalación rápida y enérgica.



- Unidosis o multidosis.
- Ventajas:
 - Desaparece la necesidad de coordinación entre disparo e inhalación
 - No utilizan propelentes. No alteran la capa de ozono.
- Inconvenientes: el paciente suele decir que No nota nada.
 - Contador o marcador de dosis muy pequeños.
 - Excipiente: lactosa, glucosa.
 - Fácilmente afectado por la humedad (no se debe dejar en el baño).

¿Cómo usar un dispositivo?

Pese a que difiere algo según el dispositivo en concreto que se use. Hay unos pasos que todo paciente que use un inhalador debe cumplir. Son los siguientes:

1. Posición: sentado con el tronco erguido o de pie.
2. Exhalación del aire suave previo a la inhalación.
3. Inhalación.
4. Apnea durante unos (7-10sg).
5. Expulsar aire por nariz.
6. Enjuague bucal, hacer gárgaras con agua siempre, y especialmente si lleva corticoide, para evitar alteraciones como candidiasis o irritación faríngea.

Técnica inhalatoria para Presurizados

1. Colocarse de pie o sentado en el borde del asiento.
2. Destapar el inhalador, ponerlo en posición vertical y AGITARLO (salvo Modulite® y Respimat®).
3. Espirar profundamente.
4. Colocar la boquilla dentro de la boca, sellando bien con los labios.
5. Inspirar lentamente por la boca.
6. Una vez iniciada la inspiración, presionar el aerosol mientras se continúa con la inspiración lenta y prolongadamente (5segundos).
7. Retirar el dispositivo y aguantar la respiración 10 segundos.
8. Espirar lentamente por la nariz.
9. Si hay que repetir la dosis, esperar de 30 a 60 segundos.
10. Enjuagarse la boca bien.

Técnica inhalatoria para dispositivos de polvo seco

1. Colocarse de pie o sentado en el borde del asiento.
2. Destapar el inhalador, ponerlo en posición vertical, NO AGITAR (salvo Easyhaler®)
3. Preparar el dispositivo: en los unidosis hay que colocar dentro una cápsula con el fármaco. En los multidosis, cada dispositivo se prepara de una manera, unos precisan girar en dos sentidos, otros solo apretar un botón y otros abrir la tapa hasta oír un clic.

4. Espirar profundamente.
5. Colocar boquilla dentro de la boca, sellando bien con los labios.
6. Inspirar rápida y enérgicamente.
7. Retirar el dispositivo (en algunos se oye clic o una ventanita cambia de color, en otros no se oye nada) y aguantar la respiración 10 segundos.
8. Espirar lentamente por la nariz.
9. Si hay que repetir la dosis, esperar de 30 a 60 segundos.
10. Enjuagarse la boca bien.

Es muy importante hacer de manera correcta la técnica puesto que la función del fármaco o fármacos que lleva el inhalador será la adecuada y eso contribuirá a una mejoría de los síntomas, disminución de la disnea (falta de aire), disminución de la tos... y una estabilidad en cuanto a su enfermedad respiratoria, lo que implica también menos modificaciones de tratamiento y menos visitas al médico de atención primaria y/o especialista de Neumología.

Es conveniente revisar periódicamente las técnicas de inhalación por parte del personal de enfermería y médico prescriptor, haciéndole al paciente realizar la inspiración con su inhalador en la consulta para comprobar que realiza la técnica correctamente y si o fuera así corregir los posibles fallos.

¿Qué es el sistema BIPAP?

David Parra Olivar. Enfermero en Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

El BIPAP es un sistema de bipresión positiva, es decir, un sistema de ventilación mecánica utilizado como soporte respiratorio de forma temporal en pacientes que refieren algún trastorno de dificultad respiratoria.

Surgió en la década de 1990 como mejora de los sistemas de ventilación mecánica con presión positiva continua (CPAP- Continuous Positive Airway Pressure).

Tanto la BIPAP como la CPAP son sistemas de ventilación mecánica no invasivos, es decir, no utilizan tubos endotraqueales ni traqueostomías. Se basan en la creación de un flujo de aire que genera una presión intratorácica positiva.

Podemos hacer una diferencia significativa

entre CPAP y BIPAP, el BIPAP genera dos niveles de presión intratorácica, un nivel de presión durante la espiración denominado EPAP- Presión Positiva Espiratoria y otro nivel de presión durante la inspiración IPAP. Presión Positiva Inspiratoria.

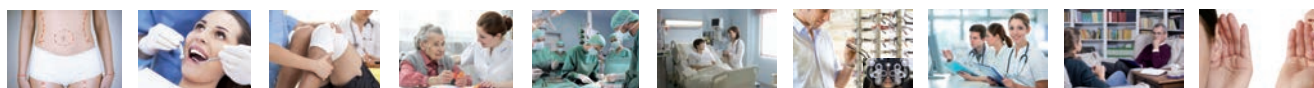
La finalidad de la presión de aire positiva es mantener las vías aéreas abiertas facilitando la respiración y es ejercida a través de una máscara que se coloca sobre la nariz del paciente.

Al utilizar el sistema CPAP, mantenemos una presión continua, el paciente tiene que exhalar en contra de la presión extra que ejerce el aparato, esto puede ser contraindicatorio en pacientes con patologías neuromusculares, por lo que elegiremos el sistema BIPAP que

permite establecer dos presiones diferentes e independientes, una para inhalación y otra para exhalación.

Los sistemas BIPAP son especialmente útiles en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia respiratoria hipoxémica y pacientes con fracaso post-extubación.

La apnea del sueño es la situación más conocida por todos en las que se utiliza el sistema BIPAP en el ámbito doméstico. La apnea del sueño es una enfermedad caracterizada por pausas en la respiración o respiración superficial durante el sueño. El uso de estos aparatos durante el sueño es actualmente uno de los tratamientos más efectivos para mejorar la situación de estos pacientes.



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

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

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

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

aragon@zonahospitalaria.com



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

Olga Rivas Calvete, Marta Delgado Puente, Sonia Dieste Samitier, Lorenzo Oliván Guerri, María Carmen Lasierra Betrán, Blanca Marzal López.

Enfermeros Unidad Endoscopias Digestivas. Hospital Universitario San Jorge

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

Puede presentarse como complicación tardía tras hemorroidectomía, esfinterectomía por fisura anal, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) como consecuencia de la fibrosis intensa producida por abscesos de repetición en el curso de la misma y como secuela de radioterapia pélvica. Los pacientes presentan dificultad para la expulsión de las heces que disminuyen de calibre y además se acompaña de tenesmo, hemorragia o cuadros suboclusivos. Han sido probados diversos tratamientos como la dilatación neumática y la dilatación forzada con anestesia sin obtener resultados satisfactorios.

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

En el domicilio del paciente

Este tratamiento puede ser realizado en el domicilio del paciente previo adiestramiento del mismo y supone un ahorro de tiempo y

económico debido a que se evitan ingresos hospitalarios y pérdida de días de trabajo.

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

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

Tratamiento

Al inicio del tratamiento realizará la dilatación 2 veces al día (mañana y noche) durante 1 ó 2 minutos. Una vez introducido el dilatador en el ano realizará movimientos circulares con el mismo con el fin de intentar romper la fibrosis anal.

Previamente a su introducción lubricará el dilatador con lubricante urológico para anes-

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

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

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

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



Sistemas de continencia para pacientes ostomizados

Olga Rivas Calvete, Carmen Lasierra Betrán, Sonia Dieste Samitier, Lorenzo Oliván Guerri, Marta Delgado Puente, Blanca Marzal López.

Enfermeros Unidad Endoscopias. Hospital Universitario San Jorge

La irrigación por colostomía es una técnica que se basa en introducir agua a temperatura corporal en el colon distal a través del estoma mediante un cono de plástico blando. El agua acumulada dilata el colon, causando contracciones que provocan la evacuación de la masa fecal que se expulsa mediante una manga de plástico al inodoro.

Los pacientes candidatos a realizar una irrigación son aquellos portadores de una colostomía sigmoidea o descendente de 1 boca, con estoma de fácil acceso, motivados para realizar la técnica, con destreza manual, con hábito intestinal consistente y más o menos periódico (máximo 3 deposiciones con heces formadas en 24 horas).

Contraindicaciones para la irrigación

Pacientes portadores de colostomía ascendente o transversa, pacientes con complicaciones en el estoma como fistulas, hernias periestomales, pacientes en tratamiento con quimioterapia o radioterapia, pacientes que presentan diarrea, pacientes con Enfermedad de Crohn, pacientes con diverticulitis (riesgo de perforación), pacientes con insuficiencia cardíaca o renal.

Tipos de irrigaciones

1. Irrigación por continencia: se realiza con el fin de lograr evacuaciones a intervalos regulares y controlados, manteniendo un periodo sin expulsión de heces por tanto de continencia fecal

2. Irrigación terapéutica: se realiza como parte del tratamiento en caso de complicaciones del estoma (desinserción mucocutánea, fístula o lesiones de la piel periestomal) que impidan la adherencia de los dispositivos.

3. Irrigación de limpieza: se realiza en colostomías en asa, en colostomías dobles (en cañón de escopeta) o colostomías tipo Devine a través de la boca del estoma distal para limpiar el tramo de colon que hay entre el estoma y el ano, después de un enema de Bario, preparación para colonoscopia o previo a la reconstrucción del tránsito.

4. Irrigación para control de esfínteres: se realiza en colostomía en asa, colostomía doble (cañón de escopeta) o tipo Devine, a través de la boca distal para valorar y ejercitar la

contracción de esfínteres previa a la reconstrucción del tránsito intestinal.

La irrigación se puede iniciar a partir de la primera semana del postoperatorio.

La frecuencia de la irrigación al principio debe ser diaria y a medida que el intestino esté limpio y se adapte al vaciado por el estímulo del agua, las deposiciones se irán espaciando y se podrá realizar pasadas 48 horas.

bolsa para irrigación que se debe llenar de agua templada, con escala de medida y válvula de control, cono diseñado para evitar la perforación de la mucosa, manga de irrigación abierta en la parte superior para poder introducir el agua en el estoma y en la parte inferior para la evacuación.

Pasos para realizar la técnica

1. Retirar el dispositivo y limpiar la zona que rodea al estoma.
2. Colocar la placa y el cinturón bien ajustado.
3. Colocar la manga sobre la placa con el cinturón y adaptarla procurando que quede centrado y ajustado.
4. Llenar la bolsa con agua templada (entre 1- 15 l.). La temperatura debe estar entre 36 y 37°. La bolsa indica la temperatura.
5. Colgar la bolsa a la altura del hombro del paciente para que exista presión y cerca del inodoro para poder vaciar las heces y posibles escapes de agua.
6. Dejar salir el agua para que no quede aire en el tubo del sistema.
7. Realizar digitalización con el 2 o 5 dedo por la colostomía para ver la dirección del intestino, relajar la musculatura del estoma.
8. Lubricar el cono, introducir en el estoma y abrir la válvula de control y proceder a la introducción del agua en la colostomía de forma lenta durante 15 minutos aproximadamente.
9. Una vez introducida el agua, retirar el cono y colocar la pinza que lleva incorporada la manga en la parte superior para que no haya fugas.

10. A continuación se producirá la evacuación inmediata que se puede hacer sobre el inodoro y posteriormente colocar una pinza en el extremo inferior de la bolsa hasta la total evacuación. Este proceso puede durar entre 30 y 45 minutos.

11. Finalizada la evacuación realizar la higiene del estoma y colocar el dispositivo elegido que suele ser una mini-bolsa o un obturador.

Antes de la irrigación

1. Tomar alguna bebida caliente antes de practicar la irrigación para provocar aumento de la motilidad del intestino.
2. La persona puede irrigarse de pie o sentada, como resulte más cómodo.
3. Mantener la posición escogida lo más relajada posible. Evitar incorporarse hacia delante.
4. Respirar con amplitud, de abajo hacia arriba e hinchando el vientre, después de la introducción del agua.
5. Realizar masajes abdominales en el sentido de la circulación del intestino de derecha a izquierda.
6. Andar o movilizarse entre la primera descarga y la salida definitiva de las heces.

Dificultades que se pueden presentar durante la técnica

1. **Dificultades para insertar el cono en el estoma.** Puede ser debido a la tensión, a la estrechez de la boca del estoma o existencia de tapón de heces duras. Intentaremos extraer el tapón de heces digitalmente.
2. **Dificultad para que entre el agua.**
 - Puede ser debido a una posición incorrecta del cono que debe seguir la dirección del cono. Reevaluaremos la dirección del cono con dedo enguantado por el estoma.
 - Debido a tensión muscular. Animar al paciente a relajarse, que cambie de posición, se siente, apoye bien los glúteos y relaje la musculatura abdominal.
 - Puede haber tapón de heces duras que trataremos de retirar digitalmente.

• Puede ser que hayamos introducido cantidad suficiente de agua y el colon no admita más. Procederemos a parar la irrigación

3. **Espasmos intestinales o dolor abdominal.** Debido a la entrada de agua demasiado rápida o a temperatura inadecuada.

4. **Agua retenida o retorno lento del agua.**

• Puede deberse a que la persona está muy tensa durante la irrigación. Debe intentar relajar el abdomen mediante respiración profunda y masajes suaves.

• Puede deberse a que la persona tenga el peristaltismo lento y le cueste expulsar el líquido.

• Tenemos que valorar que la persona no esté deshidratada porque reabsorbería el agua y no la expulsaría.

5. **Funcionamiento del estoma entre irrigaciones.**

Ocurre cuando la irrigación se hace precipitadamente y no se deja tiempo suficiente para evacuar el agua y el contenido intestinal

6. **Hemorragia a través del estoma.**

Puede ser debido a introducir el cono con demasiada fuerza.

7. **Resultados insatisfactorios de la irrigación.**

Se puede dar un resultado escaso, con emisión de pocas heces, pero no se debe repetir la irrigación el mismo día. Al día siguiente será más satisfactorio.

8. **Perforación intestinal.**

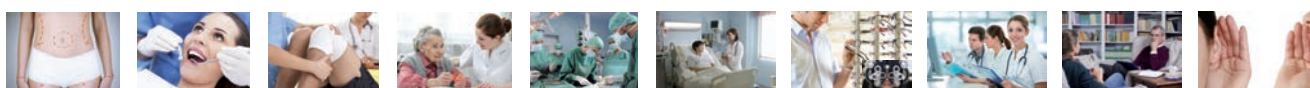
Es la más grave de las complicaciones y la solución es quirúrgica.

9. **Reacciones vasovagales.**

Suelen ser por la entrada de agua muy rápida. Procuraremos regular la velocidad de entrada de agua y la temperatura a 36-37° C

10. **Quemaduras por agua muy caliente.**

Hay que asegurarse de que la temperatura del agua es la correcta (36-37° C) para que no se produzcan quemaduras en la mucosa.



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

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

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

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

aragon@zonahospitalaria.com



“Doctor, mi padre ha pasado toda la noche diciendo cosas extrañas e inquieto”.

Medidas para la prevención del Síndrome Confusional Agudo

Dra. Marta González Eizaguirre. F.E.A. Geriatria. Hospital San José. Teruel.

Dr. Miguel Sánchez Ortiz, Dra. Carmen Oquendo Marmaneu y Dr. Alberto López Lasheras. Residentes Medicina de Geriatria. Hospital San José. Teruel.

Ana Mateo Abad. Enfermera especializada en Geriatria. Hospital San José. Teruel.

Ana Sangüesa Lacruz y Elisa García Simón. Residentes Enfermería de Geriatria. Hospital San José. Teruel

El síndrome confusional agudo (delirium) es un síndrome clínico transitorio y reversible caracterizado por la alteración de la atención, el nivel de conciencia y disfunción cognitiva de manera aguda y con curso fluctuante. Este síndrome cambia la prevalencia en función de la edad, en ancianos frágiles o con demencia, y según severidad de la patología que motiva el ingreso en el hospital.

La detección temprana, el control de los factores de riesgo y un correcto manejo de este síndrome disminuyen la morbilidad.

Crterios diagnósticos según CIE-10

- Enturbiamiento de la conciencia, con habilidad reducida para focalizar, sostener o cambiar la atención.
- Trastorno de la cognición (memoria y orientación).
- Alteraciones psicomotoras (hipo o peractividad, tiempo de reacción, habla, reacciones sorpresa).
- Trastornos del ciclo sueño-vigilia.
- Instauración súbita y fluctuaciones diurnas del curso de los síntomas.
- Antecedentes o datos objetivos en las exploraciones neurológicas y complementarias de una enfermedad cerebral o sistémica subyacente.

Conocer qué factores son predisponentes para la prevención es fundamental en el manejo. La edad avanzada, el sexo masculino, la demencia, historia previa de delirium, comorbilidades, enfermedades neurológicas, enfermedad hepática o renal crónica, cirugía reciente, enfermedad terminal, deterioro visual o auditivo, polifarmacia, malnutrición o deshidratación y los relacionados con la hospitalización: inmovilidad, dolor, sondajes, estrés o la privación del sueño.

Existen variantes clínicas, que difieren en las manifestaciones. El delirium hiperactivo se presenta como agitación psicomotriz, intranquilidad y vagabundeo, irritabilidad, agresividad y falta de colaboración, estado hiperalerta y sobresalto. El delirium hipoactivo se caracteriza por pasividad, actividad motora reducida, periodos letárgicos, somnolencia. Delirium mixto alterna con fases de inquietud e hipoactividad, síntomas de ambas variantes.

Las intervenciones para prevenir el delirium en mayores hospitalizados según las Guías de Psicogeriatría

- Evaluación cognitiva de los pacientes mayores de 65 años a su ingreso en el hospital.
- Revisión del tratamiento farmacológico completo de los pacientes.
- Mantener la adecuada iluminación ambiental, con ausencia de ruidos potentes.
- Apoyar ayudas para visión y audición cuando el paciente los precisa.

- Mantener la adecuada nutrición e hidratación durante todo el ingreso.
- Movilización del paciente lo más temprano posible.
- Reducir al mínimo necesario las contenciones mecánicas.
- Protocolo para el tratamiento del dolor con el primer escalón de analgesia de la OMS como primera opción.
- Favorecer la higiene del sueño, habitaciones individuales cuando sean posibles.
- Protocolo de prevención y tratamiento del estreñimiento.
- Implicar a familiares y/o cuidadores en mantener la orientación del paciente aportando calendarios, relojes y fotografías. Evitando también situaciones estresantes o emotivas.
- Posibilidad de utilizar a dosis bajas antipsicóticos de forma preventiva, al ingreso, en pacientes de riesgo elevado.

Lo más importante en el manejo del delirium es la identificación y tratamiento de la causa desencadenante. En muchas ocasiones, sin embargo, es necesario además el tratamiento farmacológico de los síntomas cuando ponen en peligro la integridad del paciente o sus acompañantes. Los fármacos deben usarse solo durante el episodio agudo cuando las medidas no farmacológicas han sido insuficientes, y debe usarse la dosis mínima eficaz. Los neurolepticos son de elección pese a los efectos secundarios.

Manifestación clínica del hipertiroidismo en el anciano

*M^a Carmen Deza Pérez y Marta Pastor Sanz. Médicas de Atención Primaria. Centro Salud Utrillas. Teruel.
Beatriz Esteban Sánchez. Enfermera Atención Primaria. Centro Salud Utrillas. Teruel.
Ana Alquézar Pérez. Enfermera Atención Primaria. Centro Salud Cedrillas. Teruel*

En el envejecimiento se producen modificaciones que conducen a cambios morfológicos y funcionales en el tiroides. Las enfermedades tiroideas son muy prevalentes en el anciano, y en el caso del hipertiroidismo, dependiendo de la población estudiada, oscila entre el 0.5 y el 2.3 %.

Las causas más habituales de hipertiroidismo en esta población son, por orden de frecuencia, el bocio multinodular tóxico, la enfermedad de Graves y el adenoma tóxico. El uso de amiodarona o la administración de agentes de contraste yodados también pueden producir hipertiroidismo y se prescriben habitualmente a pacientes de edad avanzada. La terapia con yodo radiactivo o tioamida se usa típicamente para tratar el hipertiroidismo en pacientes mayores.

Es importante que conozcamos que en el anciano, las manifestaciones clínicas típicas del hipertiroidismo, que nos permiten establecer su diagnóstico o sospechar en el mismo, suelen estar ausentes. Por este motivo, es frecuente su infradiagnóstico y es fundamental su screening, así como conocer su forma de presentación en esta población.

Manifestaciones del hipertiroidismo

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de hipertiroidismo en el anciano son las cardiovasculares, neurológicas y musculares. Respecto a las manifestaciones cardiovasculares, predomina la fibrilación auricular y, es frecuente encontrar, angina o insufi-

ciencia cardíaca congestiva. Se ha estimado que la fibrilación auricular ocurre al menos tres veces más que en aquellos sujetos con hipertiroidismo que en aquellos que no la padecen. El desarrollo de fibrilación auricular por sí mismo puede conducir a un deterioro del estado cardíaco, especialmente en presencia de cardiopatía preexistente, y también puede estar asociado con complicaciones embólicas, especialmente embolia cerebral. En cuanto a las manifestaciones neurológicas y musculares, es frecuente encontrar apatía y síntomas miopáticos. Depresión, agitación, irritabilidad, demencia y confusión pueden ser las primeras manifestaciones clínicas del hipertiroidismo en el anciano. La atrofia y la debilidad muscular son frecuentes, habiéndose descrito una forma de presentación atípica en la que el paciente presenta un cuadro de apatía e indiferencia asociado a caquexia con gran atrofia muscular, esta forma de hipertiroidismo apático puede confundirse con un cuadro neoplásico.

En lo referente a las manifestaciones digestivas, la falta de apetito en estos sujetos es más frecuente que el aumento de apetito que se observa con frecuencia en la presentación típica de hipertiroidismo. Además, se ha observado que no suele haber diarrea, sino una mejoría del estreñimiento crónico típico de la población anciana. Otra consecuencia importante del hipertiroidismo es su efecto sobre el metabolismo óseo. El hipertiroidismo manifiesto se asocia con un aumento del recambio óseo y una reducción de la densidad mineral ósea elevando el riesgo de osteoporosis.

Cuando la etiología del hipertiroidismo del anciano, se debe a la enfermedad de Graves, la oftalmopatía y la dermatopatía son menos frecuentes, sin embargo, cuando aparecen son más graves y con peor evolución. Por otro lado, cuando se debe a un bocio multinodular, puede haber extensión intratorácica y aparecer síntomas compresivos como disfagia, disnea y disfonía.

No se dispone de un cribado específico para los trastornos de la tiroides en población anciana. Si bien el hipertiroidismo en la población anciana, es una patología frecuente y supone un aumento significativo de la morbilidad y mortalidad de la misma, como sabemos, la mayor parte de estudios observacionales y de intervención en los que se fundamenta la medicina basada en la evidencia, no incluye a este grupo de pacientes. Actualmente, la evidencia disponible respecto al riesgo beneficio al instaurar tratamiento en estos sujetos diagnosticados, no es concluyente. No obstante, debería haber un alto índice de sospecha de hipertiroidismo en este grupo de edad, en aquellos con alguna de las manifestaciones clínicas atípicas comentadas y los que presenten antecedentes de enfermedad autoinmune, fibrilación auricular de inicio y depresión o ansiedad inexplicables. Finalmente, en los sujetos hipertiroides identificados, las decisiones de tratamiento deben individualizarse, teniendo en cuenta la esperanza de vida, las comorbilidades y los efectos secundarios de la terapia.

URGENCIAS

¡Largas esperas en urgencias... no para todos!

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

Luis María Hernáiz Calvo. Médico Residente especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza.

Lorena Rodríguez Elena. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias del Hospital Miguel Servet. Zaragoza

En las salas de espera de las Urgencias hospitalarias, a menudo encontramos enfados por parte de algunos pacientes que ven las horas pasar mientras otros son atendidos de manera rápida.

Es importante conocer el funcionamiento de la priorización de la atención en urgencias para poder entender y utilizar de manera correcta este servicio.

Esta priorización de la atención de manera sistemática recibe el nombre de Triage.

El Triage es la clasificación de pacientes según su nivel de gravedad realizada por un profesional sanitario (habitualmente es realizado por enfermería) siguiendo un protocolo establecido.

Antes de la pandemia, eran los servicios de urgencias hospitalarios y extra hospitalarios los encargados de realizar este sistema, sin embargo, la llegada de la Covid-19 ha creado la necesidad de implantarlo también en los centros de Atención Primaria y Atención Especializada.

¿Cuál es la diferencia entre urgencia y emergencia?

Es frecuente confundir ambos conceptos, pero son diferentes.

- **Urgencia** es aquella situación de salud que NO pone en riesgo tu vida y requiere atención médica dentro de un período de tiempo razonable.

- **Emergencia** es aquella situación de salud que SÍ pone en riesgo tu vida o la función vital de algún órgano requiriendo atención médica inmediata.

El Triage implica establecer prioridades de atención: evaluando el carácter y gravedad de la patología de cada paciente con el objetivo de disponer su asistencia de una forma coordinada, eficaz e inmediata. Cada hospital adaptará su sistema tanto a sus necesidades como a sus posibilidades, pero todos compartirán 3 características básicas: ser CLARO, SENCILLO y RÁPIDO.

¿Cuántos niveles debemos distinguir dentro del Triage?

Los diferentes niveles que el Triage distingue:

1. Agudos Críticos (Nivel I).
2. Agudos no Críticos (Nivel II).
3. No Agudos, No Críticos (Nivel III).
4. No Agudos, No Críticos (Nivel IV).

Sistemas de triaje

Existen diferentes modelos de triaje, siendo en España los más utilizados el método SET (Sistema Español de Triage) y MTS (sistema de triaje Manchester).

SET (SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE)			
NIVELES	CATEGORÍA	COLOR	TIEMPO DE ATENCIÓN
NIVEL 1	Reanimación	Azul	Inmediato
NIVEL 2	Emergencia	Rojo	Inmediato enfermería/ 7 min médico
NIVEL 3	Urgencia	Naranja	30 min
NIVEL 4	Menos urgente	Verde	45 min
NIVEL 5	No urgente	Negro	60 min

MTS (SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER)			
NIVELES	CATEGORÍA	COLOR	TIEMPO DE ATENCIÓN
NIVEL 1	Reanimación	Rojo	Inmediata
NIVEL 2	Emergencia	Naranja	10 min
NIVEL 3	Urgencia	Amarillo	60 min
NIVEL 4	Menos urgente	Verde	120 min
NIVEL 5	No urgente	Azul	240 min

A QUÉ PATOLOGÍAS CORRESPONDERÍA CADA UNO DE LOS NIVELES

NIVEL 1: REANIMACIÓN	* Compromiso de la vía aérea * Asma crítico * Trauma torácico con depresión respiratoria * Depresión respiratoria severa * TCE grave con Glasgow menor de 10 * Arreactivo * Convulsión activa * Parada cardíaca * Shock * Hemorragia masiva
NIVEL 2: EMERGENCIA	* Estridor grave * Depresión respiratoria moderada * Asma severo (tiraje severo, palidez o cianosis, dificultad habla...) * Inhalación tóxica * TCE moderado con Glasgow menor de 13 * Cefalea severa aguda * Trastorno agudo del sistema nervioso * Taquicardia * Bradicardia * Hemorragia severa incontrolable * Deshidratación severa (disminución del nivel de conciencia, frío, ojos muy hundidos...) * Aspiración de cuerpo extraño con depresión respiratoria
NIVEL 3: URGENCIA	* Estridor leve * Depresión respiratoria leve * Asma moderado * Pérdida de conciencia * Convulsión resuelta * Taquicardia * Deshidratación moderada (irritable o decaído, ojos algo hundidos, boca seca...) * Tos persistente * Trastorno craneoencefálico leve con Glasgow menor de 15 * Cefalea moderada * Hemorragia menor incontrolable
NIVEL 4: MENOS URGENTE	* Asma leve (asma con tos, no tiraje) * Atragantamiento o aspiración de cuerpo extraño sin depresión respiratoria * Traumatismo torácico menor sin depresión respiratoria * Cefalea leve o crónica
NIVEL 5: NO URGENTE	* Tos y rinorrea pero afebril y sin depresión respiratoria * Infecciones de orina con síntomas sólo urinarios * Otras consultas banales

Qué debemos tener en cuenta ante posibles pacientes con Covid-19?

El triaje en estos casos es fundamental para diferenciar la zona limpia y la zona sucia o de riesgo.

Los pacientes con sintomatología compatible con la enfermedad, que hayan entrado en contacto con un caso de Covid + o que hayan sido diagnosticados como tal en ese momento, se derivarán a esta zona especial en la que se realizarán las pruebas pertinentes y serán atendidos por profesionales sanitarios también en función de la gravedad (si presentan dificultad respiratoria o no la presentan, sintomatología exacerbada, etc).

¿Tengo riesgo de contagiarme de Covid-19 si voy a urgencias por otro motivo diferente a esta enfermedad?

Como ya se ha comentado previamente, el triaje nos va a delimitar la zona limpia y la sucia, de manera que es improbable que acudir a este servicio de urgencias sea el motivo del contagio.

Se recomienda acudir a estos servicios hospitalarios con mascarilla, preferiblemente FFP2 o quirúrgica y no hacerlo con mascarillas de tela o no homologadas y también es aconsejable la desinfección frecuente con gel hidroalcohólico.

No obstante, es importante que antes de acudir a este servicio se pregunte si sería posible solucionar su problema en su centro de salud.

Si es así, se evitaría las largas esperas y el colapso del sistema, ayudando a todos a atender a los pacientes con calidad.

medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN

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

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/ y envíenos su correo electrónico

Trabajo médico diario en una unidad de medicina intensiva (UMI)

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

Más allá de la pandemia por SARS-COV2, las unidades de cuidados intensivos han sido siempre servicios hospitalarios desconocidos por la población general, dado que no se tratan de plantas de hospitalización convencionales.

La medicina intensiva es esa parte de la medicina que se encarga de tratar pacientes con una situación médica de tan alta gravedad que les representa una amenaza actual o potencial para su vida. Al mismo tiempo esa severidad debe ser susceptible de recuperación. Los intensivistas son los especialistas en Medicina Intensiva y desarrollan su actividad diaria en unas unidades con características arquitectónicas, equipamiento técnico y personal cualificado peculiar.

Están preparadas para atender a los pacientes lo más eficazmente posible y en íntima conexión con los demás servicios del hospital. La denominación puede variar en cada hospital: unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de medicina intensiva (UMI), unidad de vigilancia intensiva (UVI). Todas estas unidades atienden a pacientes médicos y quirúrgicos, pero todos ellos tienen como denominador común su carácter crítico y potencialmente recuperable.

Por las mañanas

La primera tarea del médico intensivista es asistir a la sesión clínica donde los médicos

que han estado de guardia transmiten las incidencias y el estado de los pacientes de la unidad, y presentan al resto de compañeros que entran a trabajar los pacientes que han ingresado en las últimas horas. Ahí es donde se discuten los casos clínicos y se decide la mejor línea a seguir con cada uno de los pacientes.

Tras la sesión se realiza el pase de visita inicial a los pacientes. Es el momento de revisar todas las pruebas diagnósticas que se han hecho en las últimas horas, de explorar al paciente y de valorar de forma global su situación. Todo ello podría conllevar la necesidad de nuevas pruebas diagnósticas añadidas (TAC, traslado a cateterismo coronario, fibrobroncoscopia, ecografías, etc) y tratamientos en base a las necesidades.

Hay tratamientos médicos como pueden ser los fármacos o fluidos, y tratamientos más técnicos como podrían ser la intubación orotraqueal, un drenaje torácico, una vía venosa central, una terapia de diálisis continua, etc. Hay que tener en cuenta que a lo largo de la mañana -y de todo el día- la situación clínica de los pacientes puede cambiar de forma brusca, empeorando drásticamente y necesitando tratamiento urgente concreto, así que en todo momento se estará evaluando y valorando al paciente por parte de todo el personal, en especial el personal de enfermería. Todo este trabajo ocupa la mayor parte de la mañana dada la situación de extrema gravedad en la que se encuentran los pacientes.

Otra parte fundamental e importante en la que ocupan una parte de la mañana los médicos intensivistas es la información a los propios pacientes y a sus familiares.

En dicha información se explica la situación, las opciones terapéuticas y en ocasiones se toman decisiones conjuntamente.

Cuando se acerca el fin de la jornada se procede a otra sesión clínica similar a la de primera hora, pero aquí es el intensivista responsable de cada paciente el que traspasa la información a los intensivistas que se van a quedar de guardia.

Durante la guardia

El intensivista de guardia normalmente se queda como médico responsable de toda la unidad hasta la mañana siguiente.

El trabajo de guardia consiste en solventar todas aquellas incidencias que ocurran con los pacientes ya ingresados, en colaborar con médicos de otros servicios del hospital decidiendo el ingreso en la UMI de pacientes hospitalizados o en urgencias, así como de diagnosticar y tratar los nuevos ingresos. También, en muchos centros se encargan de las paradas cardiorrespiratorias en las unidades de hospitalización de otros servicios.

La guardia terminará cuando se traspase de nuevo toda la información de los pacientes ingresados en la UMI a los intensivistas que entren a trabajar a primera hora de la mañana.

La incontinencia urinaria y su relación con la vida sedentaria

Lorena Paul Cardiel y Alejandro Noe Salanova.

Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

La incontinencia urinaria (IU) es un síntoma común que se presenta en diferentes enfermedades, afectando a todos los grupos de población, edades y a ambos sexos.

Sin embargo, existen determinados factores que pueden favorecer que aparezca y empeorarla. En el siguiente estudio se evaluaron a 8.146 personas mayores de 60 años (rango de edad de entre 60-94 años) y se objetivó una prevalencia de incontinencia urinaria y era mayor para las mujeres (15%) que para los hombres (11,6%) y además se valoró que también influye la edad, el peso el índice de masa corporal y la actividad física sobre el desarrollo de la incontinencia urinaria.

Diferencias hombre-mujer

La influencia del índice de masa corporal (IMC) sobre el desarrollo de IU es 3 veces mayor en mujeres que en hombres. La base fisiológica radica en el aumento crónico de la

presión intraabdominal, que altera el control motor del suelo pélvico y lo hace ineficiente, lo que permite que la orina se escape.

Esas diferencias entre los participantes sanos y con IU fueron estadísticamente significativas para las 3 variables (edad, peso e IMC) en el total de la muestra y en el análisis específico de las mujeres.

Sin embargo, en el estudio específico de los hombres solo la edad fue significativamente diferente entre el grupo sano y con IU.

Es decir, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se puede afirmar que la prevalencia de la IU es distinta en ambos sexos y, aunque con características en común, los hábitos de actividad física no influyen de la misma manera en ellos.

Sedentarismo

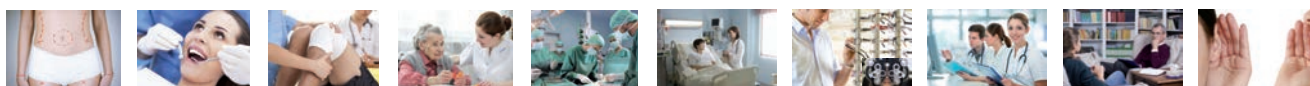
El grupo de pacientes con IU muestra hábitos más sedentarios en comparación con los participantes sanos por lo que el sedentarismo pre-dispone a las personas mayores a desarrollar IU.

Esa diferencia en los hábitos de actividad física es todavía mayor cuando se compara el grupo de mujeres con IU y el grupo de mujeres sanas.

La recomendación de la OMS de caminar 150 min a la semana, aunque no es estadísticamente significativa, si objetivó que en aquellos pacientes que lo realizaban la prevalencia de IU desciende del 17% al 10%.

A partir de los 80 años y, sobre todo, alcanzados los 90 años, el efecto de la actividad física sobre la prevalencia de IU es casi nulo.

En conclusión, la práctica de ejercicio físico es un factor preventivo y de tratamiento de la IU por su efecto fortalecedor de la faja abdominal y del suelo pélvico. Dentro del ejercicio físico, la realización de actividad física diaria es la única que diferencia en el grupo de mujeres y la que mayor influencia negativa tiene sobre el desarrollo de IU.



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

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

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

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

aragon@zonahospitalaria.com



Musicoterapia para jóvenes con discapacidad intelectual

Virtudes Morcillo Martínez. Presidenta de la AAMT. Musicoterapeuta registrada en España por la AEMP-EMTC (2011). Voluntariado: Hospital MAZ, FADEMA, HH. Cruz Blanca y en Plena Inclusión de Zaragoza

De nuevo, desde mi voluntariado, os voy a contar otra experiencia como musicoterapeuta con un nuevo colectivo.

Deseo que en este tiempo de pandemia que estamos viviendo, donde tanto estamos sufriendo porque hasta se nos han ido seres muy queridos, este artículo sirva para dar ánimo y conocimiento porque la vida tiene que seguir, y no debemos dejar de tener ilusión por trabajar, solidarizarnos y hacer el bien a los demás siempre que nos lo permitan.

La Musicoterapia actúa siempre como soporte para la consecución de los siguientes objetivos generales.

El objetivo principal es intentar mejorar el desarrollo global de la personalidad de los chicos y chicas, teniendo en cuenta como fin su felicidad y su integración dentro de la sociedad y la vida dura que les está tocando vivir, en tiempos de pandemia.

Los recursos utilizados para sus actividades se centran fundamentalmente en lo lúdico y creativo como instrumento para poder acceder a aspectos de las áreas del desarrollo evolutivo, que corresponde a estos jóvenes que presentan problemas en el desarrollo intelectual y cuyas edades van de 30 a 50 años.

Los objetivos específicos están relacionados con el desarrollo de sus personalidades y centrados en aprendizajes cognitivos, afectivos y sociales; de tal modo que se pueda potenciar la maduración global en habilidades de la personalidad y a la vez socio-afectivas. No olvido nunca trabajar y reforzar sin descanso las áreas:

• Cognitiva

1. Ampliar conocimientos dentro de sus posibilidades.
2. Darles la oportunidad de que expresen sus sentimientos, verbalmente o por escrito, en un dibujo, en prosa o verso. Que expresen en letras de canciones sentimientos contrarios a los suyos.
3. Estimulación cognitiva y psicomotriz.
4. Percepción auditiva y visual.
5. Desarrollo de la capacidad de atención, concentración y orientación.

• Socio-emocional

1. Que se sienta aceptado/a y comprendido por el/la musicoterapeuta y por el grupo (empalmar).
2. Darle oportunidad de expresar sus problemas. Concienciarse de otros problemas.
3. Intentar que se comprendan a sí mismo y se acepten.
4. Ayudarse mutuamente a escuchar los respectivos problemas.

5. Desarrollo del respeto al silencio y la escucha.

6. Reforzar su autoestima.

7. Trabajar por tener un ambiente de respeto, tolerancia y afectividad.

8. Trabajar el diálogo evitando el lenguaje soez y las disputas.

9. Ayudarles a plantearse su vida de un modo realista y posible.

10. Orientación profesional y familiar si es necesario.

• Socio-emocional, Física y Motriz

1. Ayudarles a ser creativo/a, esta faceta les hace sentirse libres e importantes ya que hacen algo en lo que tienen éxito.

2. Sesiones con ejercicios de canto solo/a o en grupo. Escenificación de cuentos musicales.

3. Baile popular, folclórico y actual.

4. Expresar sus sentimientos y estado de ánimo por medio de un dibujo teniendo como fondo una música que le motive y relaje evocando recuerdos gratos.

5. Improvisación musical. Tocar instrumentos. Juegos psicomotrices.

6. Reír y divertirse con la música, el movimiento o danza.

• Equipo interdisciplinar

Siempre trabajamos a nivel multidisciplinar con el resto de los profesionales que



tratan a estos pacientes: (Psicólogo, Médico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Enfermero, Auxiliar...etc. Si los hubiera).

Antes de empezar a desarrollar las sesiones de musicoterapia, hacemos varias reuniones entre los diferentes profesionales para saber las características de cada uno de ellos.

A partir de estos datos organizo las sesiones y las oriento de un modo u otro, dando prioridad a una serie de conocimientos adquiridos.

Recursos materiales: Para el desarrollo de las sesiones utilizamos instrumentos de pequeña percusión o melódicos (cuerda, viento o metal). CDs y equipo audiovisual.

Temporización: Se imparten de dos sesiones semanales de 60 minutos en grupos de 3, 4 pacientes ahora en pandemia. *Cumpliendo en el aula todo el protocolo de higiene, ventilación, mascarilla, gel y distancia de seguridad.*

Valoración y evaluación: Cumplimento una ficha de evaluación en cada sesión con cada uno de los pacientes. Y en función de las características de los mismos, daré una mayor importancia a un aspecto u otro, siendo realista con sus resultados.

Deseo recordar que los pacientes siempre están sometidos a un proceso terapéutico y una consecución de objetivos. Realizo un análisis de los resultados siguiendo los objetivos generales para el grupo y los específicos del paciente y en cada sesión anoto lo observado

en cada esfera: psicomotriz, socio-emocional y cognitiva que haya planteado en los objetivos.

En algunas sesiones, tomo datos para saber los cambios que produce la musicoterapia en la presión arterial, frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.

En todo momento se preserva la integridad, confidencialidad de sus datos y no serán juzgados o despreciados en el desarrollo de las sesiones.

Cada 4-5 sesiones me se reúno con algún miembro del equipo interdisciplinar para conocer el éxito o el fracaso de mis intervenciones y cómo se está desarrollando el día a día de la persona.

También hago reuniones con los profesionales que trabajan con ellos, para poder tener una visión más profunda de mi labor y se investiga si con las sesiones de musicoterapia disminuye la toma de fármacos: Analgésicos, ansiolíticos, antidepresivos...

El resultado es positivo.

Fin del tratamiento: El tratamiento se suspende 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 o hasta que el paciente asista voluntariamente con agrado y consciente de que es bueno para su calidad de vida.

Es una experiencia muy gratificante porque veo el bien que les hace, con el agrado que

asisten, los comentarios que hacen en las sesiones, a veces plasmados en sus dibujos al finalizar alguna sesión.

El agradecimiento unánime porque según dicen, desconectan de todo lo que ronda en sus "cabecitas". La sonrisa permanente, la buena voluntad que ponen ante las dificultades de las propuestas físicas y psicomotrices hasta que consiguen hacerlo bien y si no, es un "deber" que se auto-llevan a casa y la siguiente semana lo traen logrado. Y sobre todo que me comenten que están deseando que llegue el martes o jueves para venir a Musicoterapia. Se lo agradezco a todos/as profundamente.

También extendo mi agradecimiento a Javier Mompel Gracia, (médico y musicoterapeuta) alumno y compañero que trabajamos juntos en este proyecto cuando hacía su máster.

El musicoterapeuta está sometido a cumplir y respetar el Código Ético de la Musicoterapia en España, aprobado y firmado por las diez Asociaciones españolas que formamos parte de la EMTC, (Confederación Europea de Musicoterapia) 17/10/2014.

La Musicoterapia en Aragón fue aprobada y reconocida por las Cortes de Aragón como bien sanitario-social, por la Comisión de Investigación y Universidad en septiembre de 2018.



MERRELL

BOREAL

HH[®]
HellyHansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



La Puerta Verde Panticosa
San Miguel, 22. 22661 Panticosa. Huesca
T 974 487 349
lapuertaverdepanticosa@hotmail.com

www.lapuertaverdepanticosa.com