

Síguenos en:



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



<https://twitter.com/ZHospitalaria>

www.zonahospitalaria.com añoVII mayojunio2022 n°39

SUMARIO

- 2** Baja Visión en DHR. (Distrofias Hereditarias de la Retina)
- 3** La Medicina Hiperbárica acelera el proceso de cicatrización y previene úlceras
- 4** Valoración nutricional en el paciente anciano
- 6** ¿Qué es la desnutrición en ancianos?
- 7** Tendinitis rotuliana
- 8** Postoperatorio en cirugía urológica endoscópica
- 10** Preparación colónica para colonoscopia...
- 12** Recomendaciones para el cuidado de personas ancianas con disfagia
- 13** Rehabilitación de suelo pélvico
- 14** Prevención del hombro doloroso post-ictus...
- 15** Prevención de caídas en ancianos
- 16** La puerta verde de Panticosa



EJEMPLAR GRATUITO

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



Crecer en primavera



Baja Visión en DHR (Distrofias Hereditarias de la Retina)

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

Las distrofias hereditarias de retina (DHR) son un conjunto de enfermedades hereditarias causadas por mutaciones en genes que codifican proteínas esenciales para el funcionamiento y mantenimiento de las células fotorreceptoras de la retina.

Están dentro de las llamadas enfermedades raras. Dentro de las DHR, las más prevalentes son la Retinosis Pigmentaria (RP) y la enfermedad de Stargardt.

La **ENFERMEDAD DE STARGARDT Y FUNDUSFLAVIMA-CULATUS** son la misma enfermedad, siendo la segunda un estado más avanzado. Afecta a la mácula de ambos ojos, responsable de la visión en la línea de mirada, es decir, estos pacientes tendrán dificultades al leer, ver caras de las personas, ver el ordenador, conducir..., sin embargo, no tienen problemas para desplazarse y orientarse. Los síntomas que incluyen son la **pérdida de la visión central**, deterioro de la discriminación de los colores y la lenta adaptación a la oscuridad, a menudo ocurre antes de la edad de 20 años.

Los pacientes con la enfermedad de Stargardt por sus condiciones de visión son considerados pacientes con baja visión, según la OMS. **Responden muy positivamente a las ayudas de baja visión**, aumentando lo que quieren ver, pueden ser lupas, lentes magnificadoras en gafas, ayudas electrónicas, telescopios en gafa para ver TV, dispositivos inteligentes, etc. En Yanguas Ópticos además de prescribirle las ayudas de Baja Visión, les realizamos rehabilitación visual, para aprovechar mejor su resto visual. Podemos definir la Rehabilitación Visual como un conjunto de procesos encaminados a obtener el máximo aprovechamiento posible del resto visual que posee una persona con baja visión. Resulta muy beneficioso enseñarles a encontrar una nueva zona de

mirada. **VER SIN MIRAR**, les podemos ayudar también con prismas recolocadores de imagen retiniana, tal y como se ve en la foto del encabezamiento.



SIMULACIÓN DE CÓMO VE UN PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE STARGARDT.

RETINOSIS PIGMENTARIA (RP). Es la más frecuente de las enfermedades hereditarias de la retina. Engloba un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias. La etapa de aparición es, frecuentemente, la adolescencia. Los primeros síntomas visuales que experimentan los pacientes son la ceguera nocturna y la pérdida de campo visual periférico. La misma mutación genética puede causar diferentes síntomas en distintas personas y el mismo síndrome puede ser causado por diferentes mutaciones.

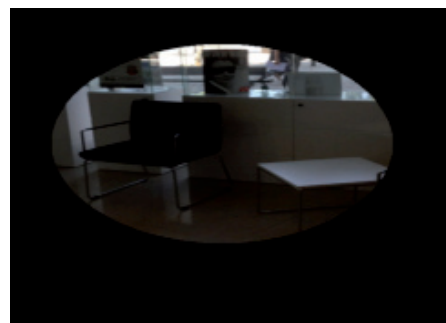
Estos pacientes pueden tener al comienzo de la patología una agudeza visual buena, pudiendo leer letras de pequeño tamaño, pero con incapacidad para la deambulación, por tener reducido su campo visual.

Se considera que una persona con 30° de campo visual puede defenderse, normalmente, en su vida cotidiana. Según va reduciéndose el campo, van apareciendo los problemas, siendo ya graves cuando el campo es inferior a 10°. Es muy importante entrenar la motilidad ocular, en Yanguas Ópticos les entrenamos en técnicas de rastreo y exploración.

**YANGUAS
ÓPTICOS**

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

La ampliación con las ayudas de Baja Visión, a veces no es cómoda porque aumenta la imagen en una parte de la retina que no funciona y sólo percibe en un pequeño espacio algo aumentado, pero no sabe a qué contexto pertenece.



SIMULACIÓN DE CÓMO VE UN PACIENTE CON RETINOSIS PIGMENTARIA, NO PERCIBE TODO EL ESPACIO.

Es muy útil la ayuda inteligente de Baja Visión **-Retiplus**. Son unas gafas inteligentes que amplían el campo visual.

En YANGUAS ÓPTICOS disponemos de esta ayuda y podemos valorar si el paciente es buen candidato para su uso.

Los filtros selectivos, también son muy bien aceptados, al minimizar el deslumbramiento y aumentar el contraste.

La **Motivación** es un aspecto muy importante a la hora de diseñar un Programa de Rehabilitación con personas de baja visión. Si la persona no ha aceptado su enfermedad no tendrá el mismo rendimiento.

La Baja Visión en DHR necesita un abordaje multidisciplinar genetistas, oftalmólogos, optometristas, psicólogos. Las asociaciones de pacientes ofrecen una ayuda y acompañamiento al paciente y familiares de gran importancia.

Si usted tiene una patología que le produce Baja Visión y está diagnosticado, no dude en buscar un centro de Baja Visión.

La Medicina Hiperbárica acelera el proceso de cicatrización y previene úlceras

Comunicación Edificio Policlínica Artica

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Las úlceras son un problema de salud que provocan importantes repercusiones socioeconómicas, sanitarias y de calidad de vida, tanto del paciente como de sus familiares y/o cuidadores. La oxigenoterapia hiperbárica es un tratamiento médico que puede ayudar en el proceso de cicatrización y prevenir complicaciones como la infección, el dolor o incluso una amputación.

La oxigenoterapia hiperbárica (OHB) consiste en una terapia basada en la respiración de oxígeno puro a alta presión en el interior de cámaras especialmente preparadas para ello, que logran acelerar el proceso de cicatrización de úlceras y heridas.

¿Cómo actúa la medicina hiperbárica sobre esta insuficiencia cicatricial?

El aire que respiramos tiene un 21% de oxígeno. En una cámara hiperbárica asciende al 99%. Parte de este oxígeno se transporta por la hemoglobina y el exceso, pasa al torrente

sanguíneo llegando a tejidos de difícil acceso. Este efecto permite activar el proceso de cicatrización y reducir el riesgo de complicaciones, incluidas las temidas amputaciones.

La medicina hiperbárica es un tratamiento complementario al resto de tratamientos. Es necesario atender al paciente en coordinación y colaboración con su equipo de atención primaria (médicos y enfermeras), con los especialistas de cirugía vascular y por supuesto, con el propio paciente en el cumplimiento de las pautas de tratamiento tanto farmacológicas como del estilo de vida cardiosaludable.

¿En qué medida es efectivo el oxígeno en la cicatrización de estas heridas?

Muchos pacientes con úlceras por enfermedades vasculares periféricas como son las personas con Diabetes Mellitus, no se curan con cuidados tradicionales y es aquí donde aparece la posibilidad de emplear tratamientos avanzados como la oxigenación hiperbárica. Algo que muchas personas e incluso sanitarios desconocen es que este tratamiento se encuentra dentro de la oferta asistencial de la Sanidad Pública y está contemplado como indicación de tratamiento por la Sociedad Europea de Medicina Hiperbárica.

"En OXIEN hemos tratado pacientes de otras comunidades además de Navarra, como La Rioja, Zaragoza, País Vasco e incluso Burgos. Hace poco contacté con un paciente que venía a tratamiento desde La Rioja, tenía una úlcera desde hacía 8 meses, y casi un año después mantiene la úlcera cerrada, y el paciente estaba feliz", remarca la Dra. Cristina Lozano, doctora hiperbarista en el centro OXIEN de medicina hiperbárica.

¿Dónde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

En Navarra, contamos con OXIEN, primer y único centro avalado por la SEMH (Sociedad Española de Medicina Hiperbárica). Pueden acudir a título particular o remitido por el especialista, público o privado, donde el médico hiperbarista estudia el caso del paciente con toda la documentación e informes médicos que pueda aportar sobre su caso.

Se le realiza una exploración y con los informes se elabora un plan de tratamiento que incluye el número de sesiones, la presión a la que debe recibir el oxígeno y la duración de las sesiones. El paciente siempre está acompañado de un camarista todo el tiempo que dura la sesión.



OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Primer y único centro navarro avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH).

MEDICINA HIPERBÁRICA

C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica. Navarra

948 06 80 80

www.oxien.es



Valoración nutricional en el paciente anciano

Marta Mercedes González Eizaguirre. Alberto López Lasheras. Amaia Ramón Martín. Miguel Sánchez Ortiz. Ana Sanguesa Lacruz. Ana Mateo Abad. Carmen Oquendo Marmaneu. Servicio de Geriatría. Hospital San José de Teruel

La valoración nutricional exhaustiva es un instrumento muy útil para valorar aquellos pacientes que en un cribado previo han presentado riesgo de desnutrición. Su finalidad es identificar las causas específicas de ese posible riesgo y establecer el diagnóstico correcto para realizar el abordaje nutricional apropiado e implementarlo.

Esta incluye:

- la historia clínico-nutricional
- la historia dietética
- la valoración antropométrica.
- una valoración bioquímica y de datos de laboratorio
- análisis de la composición corporal.
- la valoración funcional.

Historia clínico-nutricional

El análisis de los antecedentes personales permitirá detectar la presencia de los síndromes y las enfermedades que pueden tener un impacto importante sobre el estado nutricional por su aumento del gasto energético (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, demencia, úlceras por presión) y las que se puedan asociar a una reducción de la ingesta (ictus, enfermedad de Parkinson, demencia, depresión o anorexia geriátrica). Es aconsejable revisar el número de fármacos tomados;

la polifarmacia, definida como la presencia de 5 o más fármacos de manera concomitante, se asocia a un aumento del riesgo de desnutrición. Dentro de la anamnesis - situación basal funcional- hay que hacer hincapié en el estado dental y la existencia de posibles problemas orales (masticación, xerostomía, deficiente dentadura o higiene bucal).

Historia dietética

La historia dietética permite identificar posibles carencias en la dieta habitual del paciente. Para una evaluación completa sería necesario estudiar los hábitos alimentarios y valorar la adecuación de la ingesta habitual de la persona anciana con respecto a las ingestas dietéticas de referencia.

Con los pacientes ambulatorios, aunque la herramienta más adecuada es el registro dietético de tres días sino se dispone de tiempo para el análisis cualitativo y cuantitativo, al menos se deberían registrar los siguientes parámetros:

- número de ingestas al día
- cambios recientes en las sensaciones de hambre y saciedad
- preferencias y aversiones alimentarias
- existencia de alergias o intolerancias alimentarias
- seguimiento de dietas especiales
- consumo de suplementos dietéticos.

Valoración antropométrica

La valoración antropométrica comienza con las mediciones de talla y peso de la persona. Dadas las características de esta población -alteraciones esqueléticas-, puede resultar difícil determinar la talla, por lo que es factible emplear otros modelos de estimación, como por ejemplo la circunferencia del brazo que refleja los compartimentos corporales muscular y grasa -ya que el hueso se considera prácticamente constante- y la circunferencia de la pantorrilla, es un parámetro antropométrico muy sensible relacionado con la pérdida de tejido muscular en ancianos.

Valoración bioquímica y datos de laboratorio

La valoración bioquímica complementa la información obtenida por medio de los procedimientos de valoración clínicos, dietéticos y antropométricos, permitiendo detectar déficits nutricionales subclínicos. No obstante, se trata de indicadores muy inespecíficos que también se alteran en otras situaciones patológicas. Los más referenciados son las proteínas viscerales y el estudio eritrocitario.

Las proteínas viscerales son reactantes de fase aguda negativos, por lo que sus niveles plasmáticos disminuyen en procesos agudos o en pacientes quirúrgicos. La concentración sérica



de albúmina tiene una muy alta sensibilidad para diagnosticar desnutrición en los ancianos hospitalizados pero tiene una baja especificidad. No obstante, la albúmina, junto con la pérdida de peso, permite calcular el índice de riesgo nutricional geriátrico, que es un buen indicador de riesgo de morbilidad en ancianos hospitalizados e institucionalizados. El estudio de la serie roja sanguínea es de interés por su relación con numerosos déficits específicos de nutrientes que se asocian en muchos casos a anemia.

Finalmente, puesto que forma parte de la bioquímica de rutina en todos los centros, hay que considerar el colesterol como predictor de morbilidad.

Análisis de composición corporal

Las herramientas empleadas para el análisis de composición corporal en el ámbito asistencial deben ser inocuas, no invasivas y coste-eficientes. La estimación clínica indirecta de la masa grasa y de la MLG se basa en mediciones antropométricas o del análisis de bioimpedancia. Ambos métodos son ampliamente aceptados tanto en la clínica como en la epidemiología.

Requerimientos nutricionales en el anciano

Las necesidades [gasto energético total (GET)] vienen determinadas fundamentalmente por el nivel de actividad, que suele estar reducido en el anciano respecto de la población adulta. La ingesta habitual de los ancianos en el domicilio y residencias es muy variable, pero hasta el 40% de los ancianos consumen dietas de menos de 1.400 Kcal/día, que no aseguran el aporte mínimo de proteínas, calcio, hierro y vitaminas.

Proteínas: Las necesidades son similares a las de los adultos aproximadamente, 0,8-1,5 g/kg/día (10-15% de las calorías diarias, 40-50 g/día). Las necesidades nitrogenadas puedan ser altas en determinadas situaciones (sepsis, gran quemado, síndrome de distress respiratorio del adulto, insuficiencia respiratoria crónica, hemodiálisis), no se recomienda aportes masivos (> 2 g/kg/día) porque aumentan la tasa de catabolismo proteico. La mitad de las calorías proteicas deben ser de origen animal, por su mayor poder biológico. El contenido proteico y graso de las carnes (eliminando partes grasas y no comestibles) es similar.

Lípidos: Para cubrir las necesidades de vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales

es suficiente el 10% de las calorías de origen lipídico, y no se debe sobrepasar el 30%.

La proporción de grasas/carbohidratos debe variarse en función de la patología de base [reducir grasas en insuficiencia renal o hepática, aumentarlos en insuficiencia respiratoria crónica, DM II (diabetes mellitus tipo II) e hiperglucemia de estrés]]. El poder calórico de todas las grasas es de 9 Kcal/g,

Carbohidratos: El aporte mínimo de hidratos de carbono para frenar el catabolismo proteico es de 100 g de glucosa al día. Deben de constituir el principal aporte calórico y vitamínico a partir de los cereales, tubérculos, verduras, frutas, leguminosas y lácteos. No deben superar el 60% de las calorías totales (5 g/kg/día de glucosa) para evitar carencias en los demás nutrientes.

Micronutrientes: Las necesidades de vitaminas y minerales no varía respecto al adulto sano, salvo en la necesidad de asegurar una ingesta mínima de 1,2 g/día de calcio.

Líquidos: Las necesidades de líquidos, además del agua contenida en las comidas (1,5-2 l/día, 30-35 ml/kg/día, cinco-ocho vasos de agua/día), suelen no cubrirse con la ingesta espontánea en los ancianos.



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: 4.000 ó 7.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com

¿Qué es la desnutrición en ancianos?

Marta Mercedes González Eizaguirre, Carmen Oquendo Marmaneu, Ana Mateo Abad, Miguel Sánchez Ortiz, Ana Sanguesa Lacruz, Alberto Lopez Lasheras, Amaia Ramón Martín.

Servicio de Geriatría Hospital San José de Teruel

La integridad nutricional es relevante en el mantenimiento de un correcto funcionamiento de los distintos órganos y sistemas corporales y de un estado de salud satisfactorio, además de su importante papel en la preservación de la autonomía y su trascendental contribución en la curación de enfermedades.

La malnutrición ha sido descrita como un desequilibrio entre la ingesta y los requerimientos nutricionales, lo que determina una alteración del metabolismo, compromete la función comportando la pérdida de masa corporal. Una adecuada valoración del estado nutricional resulta fundamental para la detección precoz de la desnutrición, determinar situaciones de riesgo, identificar las causas de los posibles déficits, diseñar el plan de actuación para mejorar el estado nutricional y evaluar la efectividad de las intervenciones que se pauten a esos efectos.

La población anciana es uno de los grupos de mayor riesgo de presentar alteraciones nutricionales, tanto por el propio proceso de envejecimiento, que produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos, como por otros factores asociados a él: cambios físicos, psíquicos, sociales y económicos, además de la coexistencia de patologías muy prevalentes en este grupo poblacional, como la depresión y las alteraciones cognitivas que pueden determinar serios cambios en la ingesta dietética, conllevando la posibilidad cierta de alteraciones nutricionales importantes. Se puede llegar a asociar con el desarrollo de dependencia lo que explica la fuerte vinculación

entre desnutrición y comorbilidad, fragilidad y aumento de la mortalidad.

En definitiva, la malnutrición es definida como una alteración de la composición corporal por privación absoluta o relativa de nutrientes que produce la disminución de los parámetros nutricionales por debajo del percentil 75. Los parámetros de estas alteraciones en el anciano son:

- **pérdida involuntaria de peso** > 4% anual o > 5 kg semestral, índice de masa corporal < 22, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia (en el caso de ancianos en la comunidad)
- **pérdida de peso** > 2,5 kg mensual o 10% en 180 días, ingesta < 75% en la mayoría de las comidas (en el caso de anciano institucionalizado)
- **ingesta** < 50% de la calculada como necesaria, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia (en el caso de anciano hospitalizado).

Aumento de la dependencia

Es un hecho contrastado que la desnutrición en los ancianos, además de constituir en sí misma una patología y hacerlos más vulnerables al desarrollo de otras, aumenta la frecuencia de ingresos hospitalarios, de complicaciones asociadas a otras enfermedades y aumenta el índice de dependencia. Por ello, dadas sus características y finalidad, el cribado nutricional está incluido en la valoración geriátrica integral y se repite sistemáticamente y periódicamente como parte del seguimiento evolutivo del paciente geriátrico ambulatorio, institucionalizado u hospitalizado.

Con esa valoración global se pretende:

- Mejorar la precisión diagnóstica; al valorar

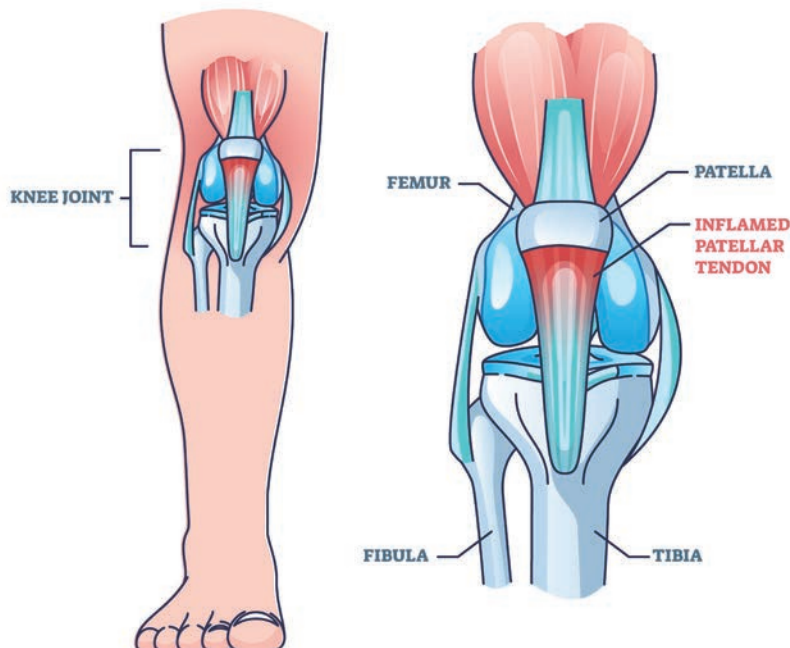
todas las áreas de la salud se detectarán más problemas que podrán ser tratados como desnutrición, depresión, demencia, caídas, incontinencia, incapacidad física y aislamiento social, entre otros.

- Optimizar el tratamiento médico y monitorizar el progreso de las intervenciones realizadas.
- Mejorar el estado funcional ya que al valorar sistemáticamente la situación física, se puede objetivar el estado funcional y pautar medidas analgésicas, de rehabilitación y de cualquier otro orden, encaminadas a mantener la independencia funcional el mayor tiempo posible.
- Optimizar la ubicación superando la dificultad intrínseca que supone indagar dónde puede estar mejor atendido el anciano en orden a sus circunstancias, tarea que no siempre resulta fácil.
- Mejorar la calidad de vida, objetivo prioritario de cualquier profesional de la salud que trabaje con pacientes ancianos.

A continuación se especifican las consecuencias de la malnutrición:

- pérdida de peso y masa grasa, flacidez y pliegues cutáneos
- edema, hepatomegalia y diarrea
- alteración de la respuesta inmune y mayor incidencia de infecciones
- sarcopenia y pérdida de fuerza muscular lo que puede originar caídas y fracturas y riesgo de neumonía
- astenia, depresión mayor y anorexia
- riesgo de intoxicación farmacológica por reducción de fracción libre de fármacos con alta afinidad por albúmina y menor eficacia del metabolismo hepático
- síntomas específicos de cada déficit.

Tendinitis rotuliana



Luis Rodríguez Nogué y Alberto Hernández Fernández.

F. E. A. de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Barbastro.

Cristian Pinilla Gracia. F. E. A. de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud.

El tendón rotuliano se sitúa entre el polo inferior de la rótula y la tuberosidad tibial anterior, uniendo así la rótula con la tibia y permitiendo la extensión activa de la rodilla durante la contracción del músculo cuádriceps.

La tendinitis rotuliana es una inflamación por sobrecarga del tendón rotuliano, frecuente en pacientes que practican deportes de salto o en los que se realiza de forma repetida cargas en flexión sobre la rodilla, es decir es habitual en jugadores de baloncesto, voleibol, fútbol, ciclistas, corredores y atletas.

Diagnóstico

La clínica se presenta como un dolor punzante en la cara anterior de la rodilla, por debajo de la rótula. Este dolor suele comenzar de forma insidiosa, mejorando con el reposo y empeorando con la práctica deportiva. En la exploración física aparece típicamente dolor al

presionar directamente sobre el tendón rotuliano y al realizar extensión contrarresistencia de la rodilla, además de poder encontrar inflamación local sobre el tendón afecto.

El diagnóstico se alcanza fácilmente con la exploración física, aunque en ocasiones es preciso realizar una ecografía o una resonancia magnética para confirmarlo. Estas pruebas diagnósticas también pueden ser de utilidad para observar las zonas de tendón lesionadas, valorar la gravedad de la tendinopatía o realizar un seguimiento evolutivo de la lesión.

Tratamiento

El tratamiento conservador es de elección, basándose inicialmente en reposo deportivo, frío local y antiinflamatorios. Tras superar la fase aguda es aconsejable llevar a cabo un tratamiento rehabilitador. La inyección de corticoides en el tendón puede disminuir el dolor y la inflamación, pero favorece la rotura del mismo por lo que no es aconsejable

excepto en casos seleccionados. La inyección de plasma rico en plaquetas en la zona lesionada del tendón es una técnica novedosa que se encuentra todavía en estudio y que podría reducir la inflamación y favorecer la regeneración tendinosa. Por último, en los casos excepcionales en los que no se ha conseguido mejoría tras realizar un adecuado tratamiento conservador, se puede plantear el tratamiento quirúrgico para llevar a cabo un desbridamiento selectivo de la zona del tendón lesionada.

Prevención

Para prevenir la reaparición de una tendinopatía rotuliana es aconsejable fortalecer la musculatura alrededor de la rodilla, realizar estiramientos antes y después de la práctica deportiva y utilizar cinchas infrapatelares durante la actividad física.



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: 4.000 ó 7.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com

Postoperatorio en cirugía urológica endoscópica

*David Corbatón Gomollón. F.E.A Urología. Hospital Royo Villanova.
 Víctor Galve Lahoz. F.E.A Urología. Hospital Ernest Llull.
 Ana Aldaz Acín. Médico Residente Urología. Hospital Miguel Servet*

En Urología las cirugías endoscópicas son aquellas en las que la vía de abordaje es a través de la vía urinaria. Generalmente la puerta de entrada es el meato uretral y se asciende de forma retrógrada hasta llegar, si fuese necesario, al riñón.

Las cirugías endoscópicas más frecuentes en urología son: dilatación uretral, colocación de catéter Doble J, RTU de tumor vesical, RTU de próstata, ureterorrenoscopia y litotricia endoscópica ureteral o renal. Son intervenciones habitualmente cortas (<120 minutos) y con un postoperatorio por lo general breve: desde procedimiento sin ingreso en el caso de la dilatación uretral hasta 4-5 días en el caso de las RTU de próstata.

Tras la cirugía el paciente llevará sonda vesical bien a bolsa o bien a tapón. En el caso de las RTU de vejiga o de próstata el paciente portará un sistema lavador conectado a la sonda vesical. En el caso de las cirugías ureterales el paciente llevará un catéter Doble J. Además, todos los pacientes salen de quirófano por-

tando vía periférica para fluidoterapia y analgesia intravenosa.

Primeros días. Postoperatorio hospitalario

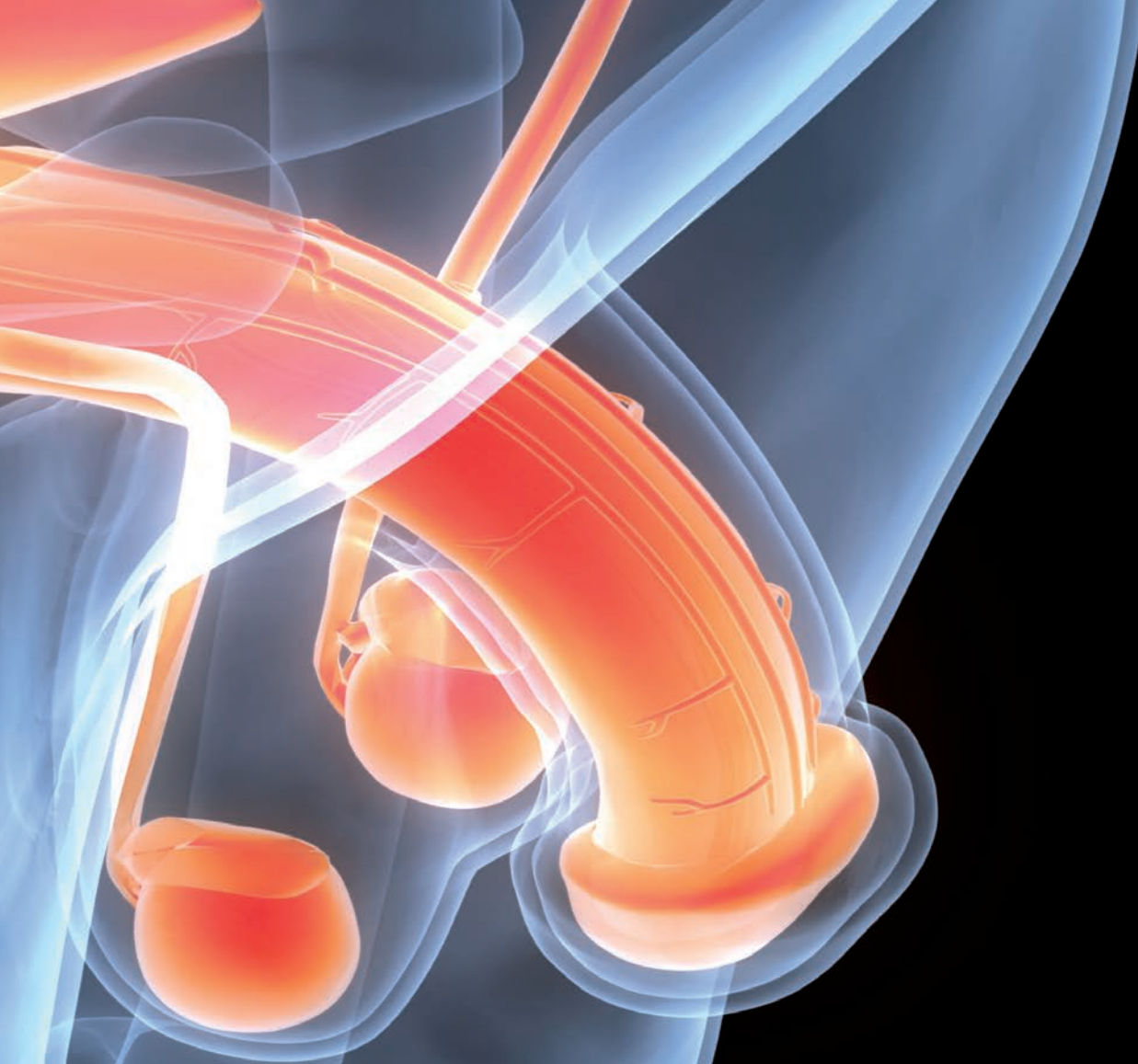
- **Dolor:** los pacientes suelen presentar dolor en uretra y en hipogastrio como consecuencia de la cirugía reciente y de la presencia de sondas y catéteres que el cuerpo puede interpretar como "cuerpos extraños". Habitualmente tras las primeras horas o días los pacientes toleran mejor la presencia de estos catéteres en su organismo. El dolor se controla con analgesia intravenosa los primeros días desescalando a analgesia oral cuando se prevé el alta próxima. Los fármacos más empleados son paracetamol, metamizol, antiinflamatorios no esteroideos, anticolinérgicos y opioides menores.

- **Sistema lavador:** se trata de una bolsa de tres litros de suero conectada a la sonda vesical que permite la entrada de suero para lavar la vejiga, creando así un sistema abierto de flujo continuo de suero que evite la formación de coágulos que puedan obstruir la sonda. El

ritmo del sistema lavador es muy rápido en las primeras horas y se va reduciendo hasta retirar conforme los tejidos cicatrizan las heridas quirúrgicas en vejiga y próstata. Cuando la bolsa de suero lavador esté cerca de vaciarse es importante que el paciente o acompañante avise a enfermería para recolocar nueva bolsa lo más rápido posible evitando de esta forma interrumpir el flujo continuo del lavador.

- **Dieta:** el inicio de la dieta tiene lugar a partir de la 6ª hora postoperatoria en el caso de haber empleado anestesia raquídea y a partir de la 8ª hora en el caso de haber empleado anestesia general. Se suele empezar con dieta líquida o semiblanda en las primeras horas y, si el paciente tolera, pasar a dieta normal a las 24h postoperatorias. En el caso de pacientes hipertensos o con enfermedad renal crónica la dieta será hiposódica o de protección renal respectivamente.

- **Fluidoterapia:** tras la cirugía los pacientes inician fluidoterapia de 1-2 litros de suero diarios para favorecer la cantidad de orina que se produce y evitar formación de coágulos.



La retirada de suero intravenoso es lo más precoz posible, se recomienda retirada cuando el paciente ingiera líquidos con normalidad.

- Caminar: la deambulación también tiende a ser precoz, habitualmente pasadas 8-24h tras la cirugía. El paciente tiene que tener cuidado de evitar tirones en sonda vesical. Es muy positivo que la deambulación sea lo más pronto posible ya que previene complicaciones relacionadas con el encamamiento prolongado como la formación de trombosis venosa.

Después del Alta. Convalecencia en domicilio

- Dolor: El dolor en uretra e hipogastrio los primeros días es leve y relativamente frecuente. Se recomienda analgesia con paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno) vía oral. Con el paso de los días y tras la retirada de catéteres lo habitual es que el dolor vaya cediendo gradualmente.
- Dieta y líquidos: se recomienda dieta rica en fruta, verdura y una ingesta de 2litros de agua diarios, siempre que no haya otra patología médica como por ejemplo insuficiencia cardíaca que contraindique ingesta de abundantes líquidos.

- Ejercicio: se recomienda caminar y llevar una vida activa siempre con cuidado de evitar tirones en sonda vesical. No se recomienda ejercicio físico intenso o cargar peso hasta pasados 2 semanas de la intervención quirúrgica. El estreñimiento también se considera esfuerzo intenso y es importante combatirlo con paseos e ingesta de fibra y líquidos.

• Sonda Vesical y Doble J.

Sonda Vesical. Tras una cirugía endoscópica los pacientes tienen que llevar Sonda Vesical por un periodo de tiempo que habitualmente no excede de los 7 días. En algunos casos la sonda vesical se retira en hospital antes del alta hospitalaria, pero en otros casos el paciente puede ir a casa portando sonda vesical con indicación de retirada en el centro de salud (enfermería) una fecha concreta. Los cuidados de la sonda están detallados en el artículo Sonda urinaria preguntas más frecuentes publicado en el nº28 de esta misma revista, edición Aragón.

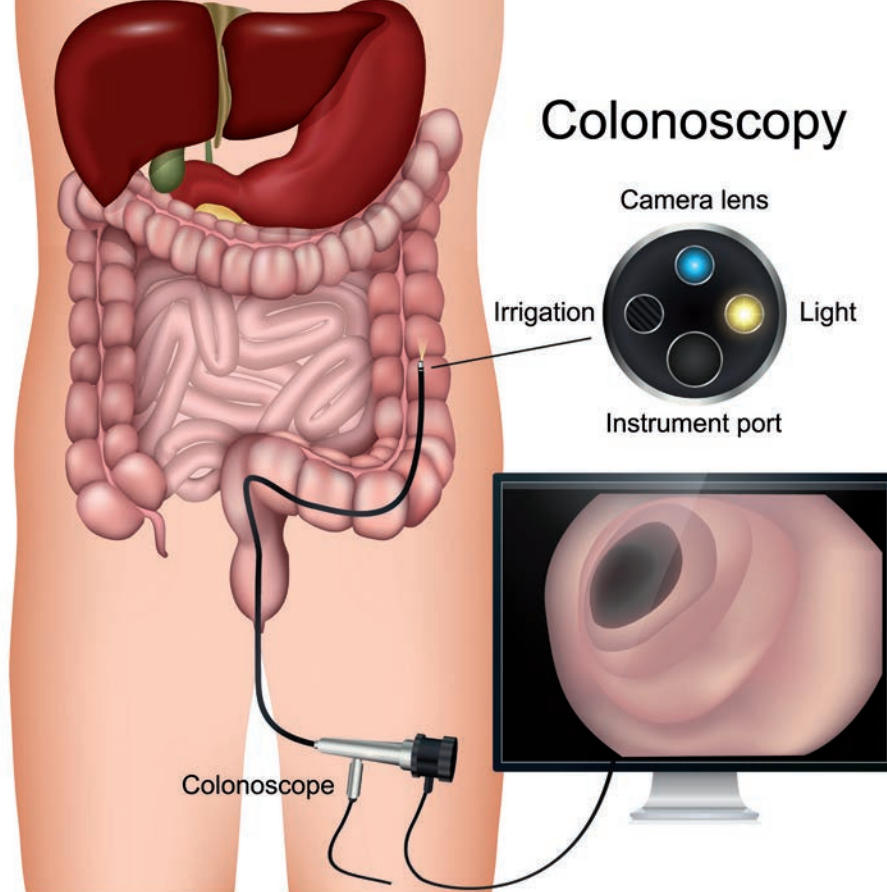
Catéter Doble J. Los catéteres doble J habitualmente se mantienen como mínimo 4 semanas y se retiran por el urólogo en el hospital con anestesia local. Hasta su retirada un Doble J puede producir escozor al orinar o un poco

de sangre en orina por el roce interno con los tejidos. Para paliar esa sintomatología el paciente puede tomar analgesia oral y es recordable que aumente ingesta hídrica.

- Alta laboral: el momento del alta laboral es el más difícil de prever ya que depende de la convalecencia del paciente y del tipo de trabajo que desempeñe. Como normal general pasados dos semanas desde la cirugía prácticamente todos los pacientes están en disposición de trabajar, aunque siempre hay que individualizar.

¿Cuándo debe acudir a Urgencias?

- Fiebre >38°C.
- Sangrado abundante. Unas gotas de sangre en orina "como vino rosado" son normales, pero si aprecia sangre fresca "como vino tinto" con abundantes coágulos es motivo para ir a Urgencias.
- Cuando las molestias producidas por los catéteres se transformen en un dolor insoportable y no le alivie nada la analgesia vía oral.
- Caída de la sonda. Aunque usted se encuentre bien si se le cae la sonda deberá acudir a Urgencias. Allí evaluaremos su caso por si es necesario colocar una nueva.



Preparación colónica para colonoscopia en Hospital Universitario San Jorge

Noelia Fernández Herranz, Carmen Lasiera Betrán, Sonia Dieste Samitier, Marta Delgado Puente, Lorenzo Oliván Guerri, Blanca Marzal López y Olga Rivas Calvete.
Enfermeros Unidad Endoscopias. Hospital Universitario San Jorge

La colonoscopia es una técnica endoscópica que se realiza para visualizar el interior del colon y los últimos centímetros del intestino delgado (íleon terminal).

La exploración puede ser de dos tipos:

- Diagnóstica: en busca de determinadas enfermedades que justifiquen la sintomatología del paciente.
- Terapéutica: para extirpar lesiones polipoides, electrocoagular lesiones vasculares, dilatar zonas de estenosis o colocar prótesis expandibles.

Preparación

- La preparación para la colonoscopia comienza en los dos días previos a la exploración

con una dieta pobre en fibra o residuos, recomendándose no tomar hortalizas y frutas.

- En las 24 horas previas, el paciente únicamente puede ingerir líquidos transparentes (agua, infusiones, café, bebida isotónica, caldo desgrasado). NO se puede tomar leche y derivados, ni zumos de fruta con pulpa.
- Puede beber líquidos hasta dos horas antes de la exploración evitando las bebidas carbonatadas. La Guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) en su actualización de 2019 realiza las siguientes recomendaciones:
 - Se elegirá de forma electiva la preparación intestinal en dosis divididas (preparación split) -Se recomienda comenzar la última dosis de preparación intestinal dentro de las 5 horas anteriores a la colonoscopia y completarla

al menos 2 horas antes del comienzo del procedimiento.

- En pacientes que se someten a una colonoscopia por la tarde, la preparación intestinal el mismo día es preferible a la dosificación dividida.

1. Pacientes diabéticos insulín dependiente:

El día que el paciente está a dieta líquida por la mañana se pondrá 2/3 de la dosis pautada y por la noche 1/4 de la dosis. Si ésta es menor de 4 unidades no la pondrá. Controlará la glucemia y si presenta hipoglucemia deberá tomar vaso de zumo o agua con azúcar disuelto. El día de la prueba no se pondrá la dosis de la mañana. Controlará la glucemia y si presenta hipoglucemia tomará un vaso de zumo o agua con azúcar disuelto

- Si toma antidiabéticos orales:

El día toma dieta líquida suspenderá la dosis de la noche, controlará la glucemia y si presenta hipoglucemia deberá tomar un vaso de agua o zumo con azúcar disuelto. El día de la prueba no se tomará los antidiabéticos orales hasta que se le haga la prueba y pueda desayunar.

2. Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

La limpieza del colon en las enfermedades inflamatorias del intestino es de vital importancia tanto para la evaluación de la enfermedad como para la detección de la displasia.

- La ESGE recomienda una preparación intestinal basada en PEG de alto o bajo volumen en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ya que tras una preparación colónica estos pacientes pueden sufrir un brote.
- La preparación con Citrafleet produce más inflamación de la mucosa intestinal en estos pacientes.

3. En pacientes embarazadas.

No existe una indicación clara para el uso de un tipo de preparación u otro.

- El uso de PEG en el embarazo no se ha estudiado de forma exhaustiva y se desconoce si puede causar daño al feto. Cuando se usa para tratar el estreñimiento durante el embarazo, se considera relativamente seguro.

Debido a que la colonoscopia completa rara vez está indicada durante el embarazo, se recomiendan enemas de agua del grifo como preparación intestinal para la sigmoidoscopia.

- No existen unas indicaciones claras de actuación cuando la preparación la tiene que realizar una mujer que está dando lactancia pero se recomienda, la interrupción de la lactancia durante y después de la preparación intestinal.

4. En hemorragia digestiva baja aguda

facilita la visualización, el diagnóstico y el

tratamiento endoscópicos, y puede reducir el riesgo de perforación intestinal.

- Debe realizarse con una solución de PEG, administrada durante 3 a 4 horas hasta que el efluente rectal sea transparente.
- Si el paciente no puede tolerar una preparación rápida del colon, se puede colocar una sonda nasogástrica para facilitar este proceso siempre que el riesgo de aspiración sea bajo.
- Se puede administrar un agente procinético/antiemético inmediatamente antes de iniciar la preparación del colon puede reducir las náuseas y facilitar el vaciamiento gástrico.
- No se recomienda la sigmoidoscopia/colonoscopia sin preparación en el contexto de la HDB aguda, ya que las tasas de intubación cecal y los rendimientos diagnósticos son bajos, y la mala visualización puede aumentar el riesgo de perforación.

5. En caso de colectomía total (empalme intestino delgado con recto) : se recomienda preparar con enemas, uno la noche anterior de la prueba y el segundo la mañana de la exploración.

6. En caso de colectomía subtotal: se tomará un sobre de preparación.

7. Pacientes en diálisis se programará la colonoscopia un día en el que el paciente tenga programada una sesión de hemodiálisis.

8. Pacientes en tratamiento con antiagregantes/anticoagulantes.

8.1. Paciente con bajo riesgo endoscópico en tratamiento con antiplaquetarios: cardiopatía isquémica sin stent, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica: suspender 7 días: Clopidogrel, Prasugrel y Ticagrelor. En doble terapia: continuar con AAS.

8.2. Paciente de alto riesgo endoscópico en

tratamiento con antiplaquetarios: stent de arteria coronaria. Continuar AAS :consultar cardiólogo el riesgo/beneficio suspender clopidogrel, Prasugrel y Ticagrelor.

8.3. Paciente con bajo riesgo endoscópico en tratamiento con warfarina: válvula cardiaca xenoinjerto, FA sin factores de riesgo (CHAD2S y 4), > 3 meses tromboembolismo venoso. Suspender 5 días antes del procedimiento. Una vez realizado continuar warfarina a dosis pautada la noche del procedimiento y realizar control en 1 semana para control

8.4. Paciente con alto riesgo endoscópico en tratamiento con warfarina: Válvula cardiaca protésica metálica en posición mitral o aórtica, válvula cardiaca protésica y fibrilación auricular, fibrilación auricular y estenosis mitral, FA con ictus isquémico o ACV y 3 factores de riesgo (HTA, diabetes, >75, insuficiencia cardiaca congestiva). Suspender Warfarina 5 días e iniciar heparina bajo peso molecular 2 días después de suspender Warfarina. Después del procedimiento: No poner heparina el día de la prueba y reiniciar Warfarina esa noche con dosis habitual. Al día siguiente continuar con heparina y Warfarina hasta que ésta llegue a INR adecuado.

8.5. Paciente con alto riesgo endoscópico en tratamiento con Sintrom: Suspender Sintrom 3 días antes de la prueba No tomarlo el día de la prueba y pinchar heparina por la noche. Los dos días siguientes tomar sintrom e inyectar heparina hasta nuevo control de sintrom (3er día tras la prueba).

8.6. Paciente con bajo riesgo endoscópico en tratamiento con Sintrom: suspender Sintrom 3 días antes de la prueba Iniciar Sintrom la noche de la prueba si no ha habido sangrado.

8.7. ACOD: Davigratan, Ravioxaban, Apixaban, Edoxaban. Suspender 3 días antes del procedimiento. Reiniciar ACOD 2-3 días después del mismo dependiendo del riesgo hemorrágico y trombótico.



Puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web
revista digital + 6.245.733 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 (100 €) y en pág. Aragón (50 €) [Precios/Mes +IVA]

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

aragon@zonahospitalaria.com

Recomendaciones para el cuidado de personas ancianas con disfagia



Ana María Sangüesa Lacruz. Amaia Ramón Martín. Enfermeras Internas Residentes de Geriatría. Hospital San José de Teruel.

Ana Mateo Abad. Enfermera especialista en Geriatría. Hospital San José de Teruel.

Dra. Carmen Oquendo Marmaneu, Dr. Miguel Sánchez Ortiz, Dr. Alberto López Las Heras, Dra. Andrea Candela Molla. Médicos Internos Residentes de Geriatría. Hospital San José de Teruel.

Dra. Marta González Eizaguirre. Facultativo especialista de Geriatría. Hospital San José de Teruel

La disfagia se define como la alteración o dificultad en el proceso de la deglución y se constituye como uno de los principales síndromes geriátricos por su alta prevalencia.

En diferentes estudios se muestra una prevalencia entre el 28% y el 73% tras un accidente cerebrovascular, hasta del 84% en el caso de las demencias y del 52% en enfermos de Parkinson.

Esta afectación nos conduce a dos tipos de complicaciones:

- Las que se deben a una disminución de la eficacia de la deglución, que pueden ocasionar deshidratación y desnutrición por un deficiente aporte de nutrientes y líquidos.
- Las relacionadas con una disminución de la seguridad de la deglución, que pueden llevar a atragantamiento o aspiración.

Estas alteraciones empeoran el pronóstico, interfieren en la recuperación funcional y provocan un impacto negativo en la calidad de vida de nuestros mayores y de sus cuidadores. En el ámbito de las instituciones sociosanitarias, el deterioro de la deglución y la malnutrición son problemas que pueden prevenirse, diagnosticarse y tratarse puesto que cuentan con personal sanitario cualificado y entrenado para llevar a cabo estas labores, que son fundamentales para el bienestar y seguridad del anciano.

Además, resulta fundamental la responsabilidad como educadoras, tanto del paciente como de la familia, respecto a las opciones de

los cuidados para el tratamiento en la disfagia. Ya que una vez dado de alta, tendremos que dar las directrices correctas para una adecuada y segura alimentación en el paciente anciano con disfagia:

- El paciente deberá de estar despierto y preferiblemente sentado.
- Si tiene que comer en la cama, elevar el cabecero 90° y mantener a la persona en esta posición 30-60 minutos después de las comidas.
- No comer en momentos de cansancio o malestar. Programando las comidas en los momentos en que la persona está más descansada.
- Mantener un ambiente agradable, con buena iluminación y tranquilo durante la alimentación.
- Postura durante las comidas: sentada, espalda apoyada y recta con la cabeza alineada. Cabeza flexionada hacia el pecho, si no se consigue mantener esta postura, ayúdese de un cojín.
- La persona que va a dar de comer al paciente debe estar colocada a la altura de sus ojos, o justo por debajo de ellos.
- Alimentos a evitar: alimentos pegajosos (miel, chocolate) y con doble textura (caldo y fideos), fibrosos (espárragos, piña), frutas o verduras con pepitas (uvas, fresas, etc.), que produzcan sialorrea (caramelos), que se fragmenten con facilidad o que desprendan agua o zumo al morderse.
- Triturar los alimentos con una sola textura suave y homogénea.

• La adición de ácido cítrico mejora los reflejos deglutorios, por lo que puede ser recomendable añadir jugo de limón en las comidas.

- Modificar la densidad de los líquidos con espesantes.
- Evitar las pajitas y utilizar cucharas antes que jeringas.
- Administrando pequeñas cantidades cada vez, procurando que el paciente no hable mientras coma, evitando que se acumulen alimentos, y asegurándose de que la boca esté vacía antes de administrar una nueva cucharada de alimento. Si aparece tos, hay que detener la alimentación.
- Se pueden emplear aguas gelificadas, evitar gelatinas de supermercado, pues éstas se convierten en líquido en la boca.

Es necesario avisar, si a pesar de las medidas recomendadas a continuación, se objetivan síntomas de alarma:

- Presencia de tos durante, o tras la comida, y cambio de voz.
- Salivación excesiva, la presencia de resto de alimentos en la boca tras la deglución, o la necesidad de tragar varias veces.

Para finalizar, creemos que es necesario que se realice una valoración geriátrica integral a los ancianos con alteración de la deglución y poder recibir un asesoramiento nutricional adecuado e individualizado por parte de un equipo interdisciplinar cualificado tanto a los ancianos como a sus cuidadores.

6

EJERCICIOS PARA FORTALECER
LOS MÚSCULOS DEL
SUELO PÉLVICORehabilitación
de suelo
pélvico

Nerea Villar García. Ginecóloga del Hospital Universitario de Navarra
Miren García Villar. Fisioterapeuta. Colegiado N° 1532
Jorge San Nicolás Herradón. Fisioterapeuta. Colegiado N° 1600

El suelo pélvico es un conjunto de músculos y ligamentos que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. La función del suelo pélvico en nuestro organismo es sostener algunos órganos como la vejiga, el útero y el recto en una posición adecuada para su normal funcionamiento.

Cuando la sujeción falla, aparecen problemas como la incontinencia urinaria, provocando una pérdida de calidad de vida en el humano. La incontinencia urinaria consiste en la pérdida involuntaria de orina en el hombre y la mujer. Cabe recalcar que es un síntoma (que se puede agravar) y no una enfermedad. Este fallo de sujeción afecta a la zona pélvica, siendo necesaria la fisioterapia de suelo pélvico para su tratamiento y recuperación.

Es bastante común tener problemas en la zona pélvica en algún momento de nuestra vida y todavía más en el caso de las mujeres. El parto, la menopausia o practicar deportes de alto impacto debilita este conjunto de músculos. En la mayoría de casos se pueden aplicar tratamientos para conseguir recuperar la normalidad en la musculatura del suelo pélvico, pero muchas personas lo desconocen. El tratamiento rehabilitador de suelo pélvico se realiza mediante una valoración cuidadosa con diagnóstico personalizado, entrevista, exploración física y tratamiento mediante terapia manual.

Las técnicas y tratamientos de rehabilitación de suelo pélvico dependerán del tipo de patología que sufra el paciente, ya que además de la incontinencia urinaria, existen otras patologías que pueden darse en nuestro suelo pélvico:

- Incontinencia fecal: incapacidad de controlar las evacuaciones intestinales.
- Prostatectomía: cirugía para extraer una parte o toda la próstata.
- Dolor pélvico crónico: dolor en la zona inferior del abdomen o pelvis por un periodo prolongado.
- Disfunción sexual.
- Recuperación postparto de la mujer.
- Cicatrices por desgarros o episiotomía.

Debemos tener en cuenta que los principales factores de riesgo de sufrir alguna de estas patologías son: la obesidad y el sedentarismo, llevar prendas ajustadas, embarazos y partos, enfermedades urinarias, cirugías pélvicas y abdominales, la edad e incluso enfermedades de transmisión sexual. Pero ¿En qué momento debemos acudir al rehabilitación con fisioterapia?

Mujeres

En el caso de las mujeres está indicado tanto en el periodo preparto como en el posparto. Es muy recomendable hacer una valoración posparto, para comprobar el estado del suelo pélvico ya que el cuerpo sufre numerosos cambios durante el embarazo y el parto. Por ser más específicos, las mujeres deben acudir siempre que experimenten algún dolor,

también si observa incontinencia a partir del segundo trimestre de embarazo y es muy recomendable que a pesar de no sufrirla se prepare físicamente desde el séptimo mes de embarazo.

Hombres

En este caso lo más frecuente es la prevención y tratamiento de incontinencia urinaria y disfunción sexual.

¿Qué tipos de incontinencia urinaria existen?

- Incontinencia de esfuerzo (cuando se realizan movimientos al reír, estornudar...)
- Incontinencia funcional (frecuente goteo de orina)
- Incontinencia neurológica (pacientes con accidentes cerebrovasculares, esclerosis múltiple, Parkinson o lesiones medulares)
- Incontinencia de urgencia (motora o sensitiva).

Los tipos de tratamientos que se realizan para rehabilitar el suelo pélvico son:

- Neuromodulación
- Biofeedback
- Ejercicios hipopresivos
- Masaje perineal interno y externo
- Pilates para embarazadas
- Terapia manual para reeducación rectal

Se debe tener en cuenta que la fisioterapia es una disciplina muy eficaz y es la primera técnica de elección en los casos leves y moderados de patología de suelo pélvico, se debe instar a los pacientes a consultar con los primeros síntomas para realizar un diagnóstico precoz.

Prevención del hombro doloroso post-ictus: la importancia de la implicación del paciente y su entorno

María Teresa Martínez Gimeno. Fisioterapeuta. Hospital San Juan de Dios. Zaragoza.
Gema Galindo Morales. Fisioterapeuta. AP Sector Zaragoza III

En la actualidad el ICTUS sigue siendo la principal causa de daño cerebral adquirido y de discapacidad en países desarrollados. Esto supone un gran impacto sociosanitario y económico, de ahí la importancia de su tratamiento y de la prevención y manejo de sus complicaciones.

Dentro de estas complicaciones el hombro doloroso es una de las que aparece con más frecuencia. Interfiere negativamente en el proceso de recuperación del paciente y limita su participación en las actividades de la vida diaria (AVDs). Puede ocurrir precozmente tras el ICTUS pero lo más frecuente es que aparezca pasados 2 ó 3 meses.

El dolor de hombro post-ictus puede tener diferentes causas, algunas relacionadas con el propio daño del sistema nervioso tras el ICTUS (cambios en el tono muscular, debilidad o parálisis...) y otras con factores propios del complejo articular del hombro, como lesiones en sus tendones o articulaciones.

Al tratarse de una complicación muy frecuente e incapacitante será muy importante la prevención, con un cuidado constante del miembro superior durante todo el día y con una implicación de todo el entorno relacionado: paciente, familia y/o cuidadores y todo el personal sanitario que atiende al paciente. Para prevenir el hombro doloroso post-ictus es importante seguir estas indicaciones desde la fase inicial de la enfermedad:

- Toma de conciencia de la extremidad por parte del paciente: en muchas ocasiones tiene alterada la sensibilidad y percepción de su brazo y esto hace que no le preste la atención adecuada y de alguna forma lo "olvide", aumentando la probabilidad de posiciones inadecuadas con el consiguiente riesgo de lesión (por ejemplo si el brazo cuelga sin apoyo a lo largo del cuerpo cuando el paciente está sentado). Debemos insistir en el cuidado y atención continua por parte del paciente.
- Mantener un buen posicionamiento de todo el miembro superior. La postura más adecuada es mantener el hombro en una posición de ligera separación del cuerpo, con el codo flexionado y con un buen sostén de toda la extremidad.

Para ello será muy útil el apoyo del brazo sobre almohadas cuando el paciente esté tumbado o sentado. En esta última posición también serán muy útiles las bandejas de soporte o mesitas adaptadas que permitan una colocación adecuada de la extremidad y un adecuado sostén evitando la "caída" y tracción del brazo.

- Movilizar el hombro afecto: debe realizarse desde fases iniciales para mantener la amplitud del movimiento y mejorar la percepción de la extremidad (una frecuente movilización ayudará a que el paciente integre mejor la extremidad en su esquema corporal). Puede ser realizada por el cuidador o por el propio paciente ayudándose con su brazo sano entrelazando las manos. Es muy importante

que estos ejercicios no causen o aumenten el dolor.

- Manejar correctamente la extremidad superior por parte del cuidador durante las actividades de la vida diaria (AVDs) como aseo y vestido. Deben realizarse manipulando suavemente la extremidad, manteniendo su alineación y evitando en todo momento la tracción o caída de ésta. Es muy interesante enseñar a vestir comenzando por la extremidad afectada y terminando por la sana, y para desvestirse al contrario, iniciando por el lado sano.

- El momento de las transferencias (acostar o levantar al paciente, voltearlo en la cama, asistirle al levantarse de una silla...) es de especial cuidado. Como norma general el cuidador sujetará al paciente con contactos amplios en la espalda y glúteos y nunca desde el brazo. Además, es importante enseñar al enfermo a proteger su brazo con agarres bajo el codo o entrelazando las manos para protegerlo de caídas.

Como conclusión, enfatizar que la clave de la prevención es una buena educación tanto de los familiares como del paciente, al que debemos hacer participe en todo momento de su proceso de recuperación.

DIME Y LO OLVIDO,
 ENSEÑAME Y LO RECUERDO,
 INVOLÚCRAME Y LO APRENDO.
Benjamín Franklin

Prevención de caídas en ancianos

Raquel Martínez Navarro y M^a Luisa Gaspar Ruz. Terapeutas Ocupacionales
Óscar Pérez Berasategui. Enfermero
Lucas Coscolín Gaspar. Celador



Conforme envejecemos, los cambios físicos, los problemas de salud y, en ocasiones, los medicamentos utilizados para tratar esos problemas, son factores que pueden favorecer las caídas. De hecho, las caídas son uno de los síndromes geriátricos más frecuentes.

Consulte con su médico si ya se ha caído, o considera que tiene riesgo de caídas. Posiblemente le haga preguntas como, qué medicamentos está tomando y se los revise en busca de efectos secundarios e interacciones que puedan aumentar su riesgo de caída. Si se ha caído alguna vez, apunte todos los detalles, incluido cuándo, dónde y cómo se cayó. ¿Cómo es su estado de salud general? Piense en las sensaciones que tiene al caminar. ¿Se mareja, le duelen las articulaciones, se fatiga o se le duermen los pies o las piernas al caminar? Coméntelo con su médico y pídale que revise su vista y su oído.

No deje de moverse

Realizar ejercicio de forma continuada es conveniente. Realice actividades como caminar, ejercicios en el agua, bailar, una tabla de ejercicios suaves que incluya movimientos lentos de todas las articulaciones, pasear en bicicleta, etc. Todas estas actividades mejoran la fuerza, el equilibrio, la coordinación y la flexibilidad. Camine con las manos libres para usarlas en caso de emergencia.

Vigile su calzado

Elija un calzado cómodo, que se ajuste a su pie, con suela antideslizante y tacón o cuña ancha. No se recomiendan los tacones altos, las zapatillas abiertas y los zapatos con suelas resbaladizas ya que pueden favorecer las caídas. Un buen calzado ayuda a que sus articulaciones duelan menos y funcionen mejor.

Cree un hogar seguro

Algunas soluciones son fáciles de instalar y relativamente baratas:

- Retire mesas bajas, alfombras, muebles innecesarios y cables del suelo. Evite los abrillantadores de suelo.
 - Reorganice los armarios y coloque la ropa, los platos, la comida y los objetos pesados al alcance de su mano.
 - Si necesita alcanzar algo que esté muy alto, evite subirse a sillas o taburetes.
 - Cuando se le caiga algún líquido o grasa al suelo, límpielo inmediatamente para que no se le olvide y pueda resbalarse más tarde.
 - Pasamanos para ambos lados de las escaleras y peldaños antideslizantes.
 - Deje espacio libre alrededor de la cama.
 - Utilice una silla para vestirse y hagalo sentado.
 - Coloque antideslizantes en la bañera o ducha.
 - Ponga asideros para facilitar la entrada y salida de la ducha y la bañera.
 - Asiento de inodoro elevado y asiento de plástico resistente y estable para la ducha o la bañera.
 - Sillas con altura adecuada, apoyabrazos y respaldo alto.
 - Iluminación:
 - Todas las zonas de la casa deben estar bien iluminadas con luz potente que no produzca reflejos e interruptores accesibles.
 - Favorecer la luz natural siempre que sea posible.
 - Encienda la luz cuando se levante por la noche. Instale, si es preciso, luces nocturnas en tu dormitorio, el baño, escaleras y los pasillos.
 - Coloque un interruptor de fácil alcance desde la cama para encender antes de levantarse.
- Piense que una inversión en prevención de caídas es una inversión en su independencia y tu salud.

Planteese comenzar a usar un bastón

Los profesionales sanitarios le indicarán si es conveniente que use un bastón, muleta o andador para caminar y evitar caídas. ¡Siga su consejo!

Si es necesario, pídale a su médico que le derive a un Terapeuta Ocupacional o a un servicio donde existan programas específicos de prevención de caídas.

¿Cómo abordamos el problema de las caídas en mayores en Hospital de Día Geriátrico del hospital N^o S^a de Gracia?

En HDG somos un equipo multidisciplinar (Geriatra, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeros TCAE y Celador) que atiende a usuarios con pérdida de funcionalidad, relacionada con un problema de salud puntual.

- Evaluamos al usuario desde un punto de vista multiprofesional: equilibrio, coordinación, fuerza, movilidad, ayudas técnicas y entorno.
- Elaboramos un Plan terapéutico integral individualizado: potenciación muscular y movilidad general, ejercicios para mejorar equilibrio y coordinación, compensación del déficit, actuación tras sufrir una caída e indicación de ayudas técnicas.
- Ofrecemos educación y apoyo a cuidadores para favorecer la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Promovemos hábitos de salud que eviten descompensación de patologías crónicas que pudieran favorecer las caídas.

Entre nuestros usuarios existe una gran prevalencia de pacientes caedores, por lo que parte de la intervención como equipo viene marcada por el trabajo dedicado a prevenir más caídas o a recuperar déficits funcionales que guardan relación con una caída anterior.

Es necesario concienciar a la población general y a los profesionales sanitarios de que las caídas son un verdadero problema de salud que supone un enorme coste a los servicios sanitarios debido a las consecuencias que se derivan de ellas.

PREVENIR CAÍDAS ES PREVENIR ENFERMEDADES



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