

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

 <https://twitter.com/ZHospitalaria>

www.zonahospitalaria.com añoIV septiembreoctubre2019 n°23

SUMARIO

- 2 ¿Qué es Baja Visión?
- 3 La oxigenación hiperbárica, una terapia eficaz contra la osteonecrosis causada por bifosfonatos
- 4 La importancia del hierro en el paciente con cardiopatía
- 6 ¡Me duelen los pies!
¿Será una fascitis plantar?
- 7 Terapia ocupacional con deportistas
- 8 La fisioterapia, en el centro de salud
- 9 Comer en hospitales
- 10 ¿Qué son los activos en atención primaria?
- 11 Musicoterapia en la unidad de cuidados intensivos
- 12 Se me escapa el pis, ¿cuántos tipos de incontinencia hay?
- 13 Me ha salido el PSA alto, ¿tengo cáncer de próstata?
- 14 Vacuna antigripal en personal sanitario, ¿es suficiente?
- 15 Me han operado de cáncer de mama, ¿me puede aparecer un linfedema?

EJEMPLAR GRATUITO

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



Y después del verano...

¿Qué es 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

**YANGUAS
ÓPTICOS**

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com



IMAGEN SIN PATOLOGÍA



IMAGEN CON DEFECTO CENTRAL

En el Día Mundial de la Visión, Optometristas de Yanguas Ópticos, desean concienciar a la población de lo importante que es la prevención y control de las enfermedades oculares que causan Baja Visión, explicando las pautas que consideran fundamentales en la atención a aquellas personas cuya capacidad visual ha quedado gravemente reducida.

¿Qué se entiende por Baja Visión?

Es una discapacidad a la que se llega como consecuencia de un accidente o de enfermedades hereditarias degenerativas. En consecuencia, quien sufre Baja Visión llega a perder la capacidad para realizar las tareas más cotidianas, como leer, conducir, ver la televisión e incluso moverse con seguridad.

¿En qué consiste el trabajo de un Optometrista de Baja Visión?

Como especialistas en Baja Visión, nuestro objetivo está dirigido a la rehabilitación visual de personas que sufren una grave reducción de la vista. Estas personas se encuentran en un momento en el que ni la cirugía ni los tratamientos farmacológicos ni las prescripciones ópticas convencionales consiguen ya mejorar su visión, son personas que ya no pueden extraer una información visual precisa de su entorno.

Las enfermedades que pueden causar Baja Visión son: Albinismo, Aniridia, Catarata congénita, opacidades de la cornea, Retinopatía Diabética, Hemianopsia, Enfermedades maculares como DMAE y Stargardt, Miopía Degenerativa, Glaucoma, Neuropatías, Desprendimiento de Retina, RP, , entre otras.

¿Cómo procede el especialista en Baja Visión?

El equipo de especialistas le realizará las si-

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

¿Qué son las Ayudas de Baja Visión?

En función del resto visual del paciente y de su patología se prescribirán diferentes tipos de Ayudas. En el caso por ejemplo de la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE), es una degeneración de los tejidos que ocupan la retina central, responsable de la visión del color y de los detalles de nuestra línea de mirada. No suele afectar a la periferia de la misma, con lo cual los objetos grandes no dejan de verse. Sin embargo los objetos pequeños del centro de la mirada quedan parcialmente o totalmente ocultos a la vista. Una vez definida con precisión la graduación y los datos de calidad visual del paciente, le prescribiremos una o varias ayudas ópticas específicas, cuya misión es la de aumentar o agrandar el tamaño de los detalles. De esta forma podrán ser vistos con el resto visual periférico que aún conservan.

En el caso de afecciones de retina periférica como la retinosis pigmentaria o el glaucoma cobra especial atención la rehabilitación en orientación y movilidad y controlar la luz que entra en retina. Con lo cual cobran especial importancia los filtros selectivos.

Las nuevas tecnologías aplicadas a la Baja Visión son una gran ayuda para los pacientes. **Retiplus**, es una ayuda visual, está especialmente diseñado para retinosis pigmentarias, glaucoma, Hemianopsias y todas aquellas condiciones visuales con pérdida de campo visual periférico. El objetivo de Retiplus es mejorar la autonomía y la calidad de vida

de los pacientes con baja visión a la hora de realizar tanto actividades estáticas como en deambulación.

Entonces ¿Qué pasos debe seguir una persona que padezca BV?

Debe acudir a su oftalmólogo para recabar un diagnóstico preciso de la patología que sufre, conocer su evolución y recibir los tratamientos farmacológicos o quirúrgicos adecuados. Ir a un centro especializado en Baja visión para que le ayuden a aprovechar su resto visual.Y, además, recibir apoyo psicológico si lo necesitara.

Como se puede comprobar, estamos ante un problema de salud complejo que precisa de una ayuda profesional multidisciplinar especializada (oftalmólogos, optometristas, rehabilitadores, psicólogos) para obtener los resultados de una buena terapia. La clave está en convencer al paciente de que debe iniciar una nueva etapa de vida mediante el uso y entrenamiento de las ayudas para rehabilitar el resto de la visión que aún le queda, por disminuida que sea.

La oxigenación hiperbárica, una terapia eficaz contra la osteonecrosis causada por bifosfonatos

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Los bifosfonatos son un grupo de medicamentos utilizados en la prevención y el tratamiento de enfermedades con resorción ósea, como osteoporosis o cáncer con metástasis ósea, muchas veces asociada al cáncer de mama y próstata. También se prescriben en la enfermedad de Paget y en otras alteraciones que provocan fragilidad ósea, como la enfermedad renal crónica tratada con diálisis.

Posibles efectos secundarios: osteonecrosis de los maxilares

Son medicamentos muy eficaces, aunque en los últimos años se ha constatado un aumento en el número de casos clínicos en los que el uso de los bifosfonatos se relaciona con la osteonecrosis de los maxilares. Por ello, el odontólogo debe estar muy alerta sobre las posibles complicaciones en los pacientes que los toman.

En estos casos, será fundamental la colaboración con el oncólogo y el cirujano maxilofacial para tomar las **medidas necesarias para la prevención de osteonecrosis**, tales como el control de caries o el empleo de prótesis atraumáticas en la zona lingual.

Cómo puede ayudar la oxigenación hiperbárica

La **osteonecrosis** se manifiesta con dolor agudo, infecciones recurrentes constantes, olor característico debido a la necrosis o inflamación crónica. Actualmente, existe una **terapia complementaria** efectiva para su tratamiento como es la **medicina hiperbárica**. Así lo indica la **Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS)** americana, que la incluye dentro de sus indicaciones aprobadas y ha desarrollado un protocolo específico para su tratamiento.

La presencia de **oxígeno medicinal** a una presión dos o tres veces mayor que la presión atmosférica normal **produce una serie de cambios en los tejidos**, que van desde el aumento de la angiogénesis (creación de nuevos vasos que irrigan los tejidos), lo que a su vez favorece la cicatrización; a la reducción de la

presencia de bacterias anaerobias, de difícil eliminación en muchos casos; o al control de la inflamación gracias al mismo aumento de la presión.

De esta forma, **los pacientes con osteonecrosis**, como hemos podido constatar en varios casos tratados en Oxien, **mejoran su calidad de vida** porque disminuye el dolor, y la inflamación y las infecciones recurrentes desaparecen.

Para que se produzca este control o eliminación de las secuelas, es imprescindible que un médico hiperbarista valore al paciente y marque un plan de tratamiento adecuado. Este trabajará en coordinación con otros médicos para **abordar la osteonecrosis de forma interdisciplinar**.

¿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



La importancia del hierro en el paciente con cardiopatía

Daniel Grados Saso, Ainhoa Pérez Guerrero, Carlos Rubén López Perales, Claudia Martínez Huguet, Jaime Gimeno Garza, Rodolfo Reinoso y Víctor Manuel Aragón Estremera. Médicos de la Unidad de Cardiología del Hospital de Barbastro.

Ana María Martínez Royo. Enfermera. Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro
Cristina Latre Saso. Médico. Servicio de Anestesia del Hospital de Barbastro

El déficit de hierro es una entidad prevalente a la que cada vez se le está dando más importancia en la práctica clínica. Los estudios recientes muestran que se trata de una deficiencia frecuente en los pacientes con insuficiencia cardíaca (hasta el 40-70% de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica) y se asocia con reducción de la capacidad de ejercicio, disminución de la calidad de vida y aumento de mortalidad. El déficit de hierro puede existir con o sin anemia.

El papel del hierro en el organismo

El hierro es un elemento esencial para la formación del grupo hemo de la hemoglobina (unas 3/4 partes del hierro total) en los hematíes y también desempeña importantes funciones a nivel celular en un elevado número de reacciones y sistemas moleculares del organismo, jugando un papel principal en el metabolismo oxidativo (cadena respiratoria mitocondrial, enzimas que intervienen en reacciones de oxidación-reducción donde se produce energía) y otros procesos del organismo, como la -oxidación de los ácidos grasos. Estas funciones explican porqué la deficiencia de hierro no se limita solamente a alterar la eritropoyesis, y la posibilidad de producir una anemia sino que afecta también a la producción celular de energía (especialmente en aquellos órganos que tienen una elevada demanda, como los miocitos y miocardiocitos del corazón). Cuando los niveles de hierro a

nivel celular son bajos, se reduce la actividad de la cadena respiratoria mitocondrial, produciéndose entonces menos ATP (energía), lo que provoca una reducción en la capacidad de ejercicio y mayor cansancio físico.

Diagnóstico del déficit de hierro

Las guías actuales de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan que se debe considerar evaluar el estado del hierro en el organismo en aquellos casos de insuficiencia cardíaca que se diagnostican por primera vez y en el resto de casos, se debería determinar los niveles de hierro si el paciente se encuentra sintomático con astenia (cansancio) o disnea (sensación de falta de aire). Además se recomienda en todos ellos reevaluar el estado férrico una o dos veces al año o si el paciente ha sido hospitalizado por descompensación cardíaca.

El déficit de hierro puede ser absoluto (se considera como tal si la Ferritina en sangre se encuentra en niveles inferiores a 100 pg/L o relativo si el IST (índice de saturación de transferrina) es inferior al 20% en presencia de niveles de ferritina no tan bajos (entre 100 y 300). En ambos casos se ha visto que el tratamiento es capaz de aportar mejoría clínica.

El déficit de hierro es una afección tratable con efectos beneficiosos demostrados

Varios estudios han demostrado resultados favorables del tratamiento con hierro en pacientes con insuficiencia cardíaca con frac-

ción de eyección reducida (menor fuerza de contracción del corazón) que presentan déficit de hierro. Se ha observado mejoría en la capacidad de ejercicio y en la calidad de vida, así como una disminución en el número de hospitalizaciones en estos pacientes. Dados sus beneficios y escasos efectos adversos, los expertos y los documentos de consenso recomiendan ampliar la recomendación del tratamiento también en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada. Aunque el hierro oral es un tratamiento adecuado para el tratamiento de la ferropenia en la población general, es el tratamiento con hierro intravenoso es el que se ha demostrado eficaz en pacientes con insuficiencia cardíaca. El hierro por vía oral no es tan eficaz pues solo repone mínimamente las reservas de hierro en los pacientes con insuficiencia cardíaca, debido a que se encuentra reducida la absorción intestinal de hierro en estos casos y hasta el 60% presentan además intolerancia gastrointestinal.

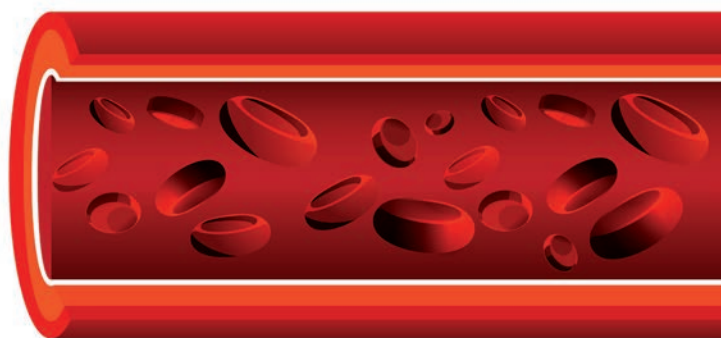
El hierro intravenoso se administra en una o varias sesiones (dependiendo de la magnitud del déficit de hierro) de breve duración (inyección en unos 15 minutos), mientras el paciente está hospitalizado o acude de manera ambulatoria a un hospital de día de insuficiencia cardíaca, sin necesidad de quedarse ingresado en el hospital. El preparado que se administra actualmente (Carboximaltosa férrica) se tolera bien en la gran mayoría de los casos y es un tratamiento seguro en pacientes con insuficiencia cardíaca. Los efectos

secundarios que pueden ocurrir (de un 1 a un 10% de pacientes) son mareo, cefalea (dolor de cabeza), molestia en el lugar de la inyección y náuseas. Los pacientes con mayores probabilidades de presentar algún efecto adverso son aquellos con infecciones agudas o crónicas y con antecedentes de alergia o asma grave y los que padecen ciertas enfermedades sistémicas como lupus eritematoso y artritis reumatoide. Por seguridad, el paciente debe permanecer en observación durante 30 minutos después de la inyección.

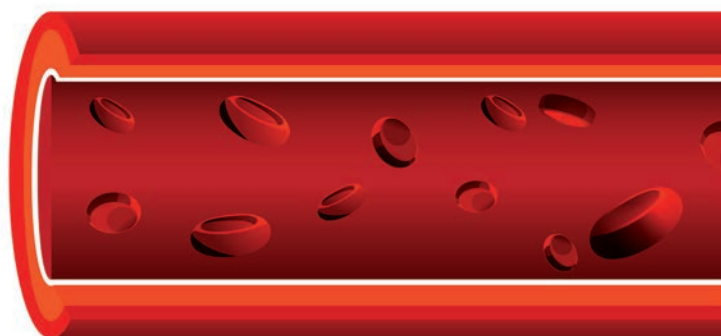
Posteriormente, se debe volver a evaluar los niveles de hierro con analítica a los 3 meses para comprobar que el tratamiento ha sido efectivo o si no lo ha sido proporcionar una administración adicional de hierro además de ampliar el estudio diagnóstico en determinados casos.

El déficit de hierro es una entidad prevalente en los pacientes con cardiopatía y es necesario evaluarlo pues se dispone un tratamiento efectivo que ha demostrado beneficios importantes como mejoría en los síntomas con aumento de la capacidad de ejercicio, ganancia de calidad de vida y reducción en el número de hospitalizaciones en insuficiencia cardíaca.

A N E M I A



Nivel normal de glóbulos rojos



Nivel de anemia de glóbulos rojos



Seguro de Automóvil

Juan necesitó ayuda de *confianza* para montar la silla

Y uno de nuestros profesionales lo hizo, gracias al nuevo "Servicio Manitas Auto".

Así de fácil...



A.M.A. HUESCA
Zaragoza, 5; bajo
Tel. 974 22 33 54
huesca@amaseguros.com

A.M.A. TERUEL
Joaquín Arnau, 2; 1º
Tel. 978 61 72 10
teruel@amaseguros.com

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

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

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

Síguenos en y en nuestra APP



¡Me duelen los pies!

¿Será una fascitis plantar?

Blanca Puntos Felipe y Diego Pueyo Gascón. Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Actur Norte Ana Huertas Harguindey. MIR Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente AFyC Sector Zaragoza 1, CS La Jota Marta Domínguez García. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Arrabal Inés Cortés Carbonel. MIR Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente AFyC Sector Zaragoza 1, CS Actur Oeste Daniel Ferrer Sorolla. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Calaceite



(Figura 1)



(Figura 2)



(Figura 3)



(Figura 3)

La fascitis plantar es la causa más frecuente de dolor en los talones y corresponde al 15-20% de las consultas sobre dolencias en el pie en atención primaria. Se produce por la inflamación de la fascia plantar, un recubrimiento fibroso que se extiende desde el hueso calcáneo en cinco bandas hacia las cinco articulaciones metatarsófalangicas, soportando el arco del pie cuando estamos en bipedestación.

Su causa no está clara, si son conocidos los factores de riesgo predisponentes a sufrirla:

- Edad entre 40 y 60 años.
- Bipedestación prolongada.
- Deportistas, especialmente en corredores de largas distancias.
- Morfología del pie y alteraciones anatómicas (pie cavo o pie plano).
- Aumento de peso: Sobrepeso, obesidad, embarazadas.
- Uso de calzado inadecuado (suela dura).

¿Cómo duele?

El dolor aparece en la región plantar del talón tras un periodo prolongado de reposo, especialmente con los primeros pasos de la mañana. El dolor puede extenderse por el borde interno del pie. También puede aparecer con la bipedestación prolongada y con algunos movimientos como la extensión de los dedos del pie. Cuando se está con el pie en descanso, la fascia plantar y el tendón de Aquiles se encuentran relajados. Al apoyar el pie en el suelo, se tensionan y deben soportar todo

el peso del cuerpo, apareciendo el dolor. En la exploración física aparece dolor a la palpación de la inserción proximal de la fascia plantar. Así mismo, al doblar el primer dedo del pie hacia arriba mientras palpamos la fascia plantar o mientras se está de pie, la aparición de dolor es diagnóstico de fascitis plantar, si bien su ausencia no lo descarta.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se realiza con la historia clínica y la exploración física sin necesidad de más pruebas. Es fundamental que se realice de forma precoz para iniciar un tratamiento eficaz. La radiografía del pie puede servir para descartar otras patologías, si empeoran los síntomas o no hay mejoría. Es frecuente hallar un espolón calcáneo (calcificación de la inserción de la fascia en el hueso calcáneo). Su aparición es consecuencia de la fascitis y no la causa del dolor.

El tratamiento inicial se basa en reposo relativo (evitando la sobrecarga prolongada); uso de un calzado adecuado blando, mullido y con forma anatómica; la toma de antiinflamatorios, en caso de dolor agudo; y la pérdida de peso, en caso de sobrepeso.

Existen férulas de descarga nocturna (ortesis plantares) y se puede realizar estudio de la marcha para uso de plantillas que mejoren el apoyo. Otra medida fundamental para prevenir o mejorar esta problema es la realización de ejercicios de estiramiento de la fascia plantar y del tendón de Aquiles, para destensarlos. Tras realizarlos se puede aplicar frío local, ya que pueden producir algo de dolor.

- Frente a una pared, colocar la pierna lesionada completamente estirada y con el talón apoyado, en línea detrás de la sana, e inclinarse hacia delante solo doblando la pierna sana hacia la pared, durante 15 segundos. (Figura 1)

- Frente a una pared, colocar la pierna lesionada con la rodilla extendida y la parte anterior del pie apoyado contra la pared. Inclinarse hacia delante para empujar los dedos de los pies. (Figura 2)

- Apoyar en el borde de un escalón únicamente con punta del pie (si es posible apoyar solo los dedos de los pies) y realizar movimiento de ascenso ("de puntillas") y descenso del talón lo más posible, con las rodillas en extensión y manteniendo cada posición durante 20 segundos. (Figura 3)

- Sentados, hacer rodar con la planta del pie en diferentes direcciones un botellín congelado de agua o una pelota de tenis. Si no hay mejoría se puede recurrir a la infiltración con corticoides, a las ondas de choque, y en último lugar a la cirugía, tras ser valorados por traumatología.

Es importante recordar que, aunque en ocasiones es un proceso largo, su evolución es favorable en la mayoría de los casos, con la resolución del cuadro en aproximadamente 10 meses. El tratamiento inicial debe realizarse por su médico de familia y solo ante una mala evolución mantenida pese a un tratamiento conservador adecuado, se debe derivar a Traumatología.

¡Paciencia, buen calzado y a estirar!



Terapia ocupacional con deportistas

*Esther Molina, María Luisa Gaspar, Jesús Marta y David Martín (Terapeutas Ocupacionales)
Carlos Tellería (Científico de Datos) y Javier Asensio (Entrenador de fútbol)*

Estudio realizado por Terapeutas Ocupacionales con adolescentes que juegan en un equipo de cadetes de la liga aragonesa de Fútbol Base. El presente trabajo surge de la idea de que es posible potenciar las capacidades cognitivas de adolescentes, de tal forma que produzca resultados observables en una actividad significativa para ellos, el fútbol. El siguiente paso del trabajo sería comprobar que esta mejora en el rendimiento cognitivo de los chicos se puede traducir en mejor rendimiento en el aula.

En el desarrollo global del niño está muy presente el movimiento y la actividad motriz, ayudando a la formación del esquema corporal, la socialización, la instauración de la lateralidad, la disociación y ejecución motriz, control tónico postural, orientación y estructuración espacial y la formación del autoconcepto y de la identidad ocupacional. Estos aspectos influyen notablemente en el desarrollo escolar.

En los primeros años de vida, el cerebro del niño tiene como característica el poseer plasticidad; es decir, posibilidad de moldearse de acuerdo con la experiencia. Es importante señalar que los logros alcanzados debido a la plasticidad cerebral son más acentuados en los primeros años de vida; sin embargo, aunque con los años disminuye la plasticidad

cerebral, ésta no desaparece completamente; por ello, en años posteriores a la infancia se pueden seguir logrando cambios en las estructuras nerviosas, aunque los efectos más acentuados sean mayores en los más jóvenes. Digistani sostiene que el 75% de la maduración del sistema nervioso está programado genéticamente, el otro 25% está supeditado a la experiencia; por tal razón es posible lograr un mejor desarrollo si se le proporciona en la etapa de plasticidad cerebral, ambientes enriquecidos para tal fin. Se debe tener en cuenta entonces que el desarrollo de los niños depende de su entorno y de los estímulos que se le brinden y no sólo de sus capacidades.

En los deportes de equipo, las decisiones de los jugadores son determinantes en el desempeño del equipo. En un conjunto de alternativas de acción para cada contexto, la habilidad de los jugadores para elegir la acción más adecuada de la estrategia o de su repertorio personal definen el éxito del equipo. Es bien conocido que los expertos y los jugadores exitosos anticipan mejor que los novatos y los jugadores menos exitosos. Esta anticipación, concretamente la anticipación espacial, es una habilidad psicomotora clave que determina una alta calidad de juego.

Objetivos específicos

- Potenciar las funciones cognoscitivas (atención, memoria, orientación, funciones visuoespaciales, perceptuales y ejecutivas).

- Favorecer la toma de decisiones instantánea y focalizar la atención, inhibiendo aquellos estímulos que puedan ser distractores y desviar su atención en el juego.
- Favorecer un sentimiento de competencia y autoeficacia en el rol jugador desempeñado, repercutiendo así en el funcionamiento general del equipo.
- Mejorar la anticipación y la coordinación.

Las fases del programa de intervención fueron: **1.** Evaluación; **2.** Intervención por medio de una sesión grupal de media hora semanal en el propio campo de juego y en horario de entrenamiento; **3.** Evaluación de resultados.

Las valoraciones habían mejorado. El rendimiento deportivo del equipo en su conjunto fue satisfactorio a nivel general tanto para jugadores, equipo técnico, directiva del club y padres. Los jugadores, técnicos y padres manifestaron su satisfacción con el programa en todo momento.

Nos hacemos estas preguntas para el futuro:

- ¿Tendremos mejores deportistas en el futuro si entrenamos los cerebros de los jugadores?
- ¿Se obtendrán beneficios en otras facetas de su vida a través de este entrenamiento cognitivo-deportivo?
- ¿Sería útil aplicar estas técnicas con niños que presentan dificultades en el aula utilizando una actividad normalizada como es el fútbol u otro deporte?



La fisioterapia, en el centro de salud

Gema Galindo Morales. Fisioterapeuta. CS Delicias Sur (AP Sector Zaragoza III)

Diego Calavia Sarnago. Fisioterapeuta. CS Univérsitas (AP Sector Zaragoza III)

Ana Valer Pelarda. Fisioterapeuta. Hospital Miguel Servet (Sector II Zaragoza)

M^a Concepción Sanz Rubio. Fisioterapeuta. CS Seminario (AP Sector Zaragoza II)

Este artículo pretende explicar al usuario a grandes rasgos en qué consiste la Fisioterapia en Atención Primaria.

Los Fisioterapeutas de Atención Primaria acercan la fisioterapia al centro de salud, haciéndola accesible a todos los usuarios de dicho centro así como a los de otros centros de salud próximos que no cuentan con Unidades de Fisioterapia propias.

Para poder acceder a estas Unidades de Fisioterapia el usuario debe realizar primero una consulta con su Médico de Familia, Pediatra u otro Especialista, para que sea él quien realice el diagnóstico médico y valore la pertinencia de realizar Fisioterapia.

No todos los problemas de salud pueden tratarse en Atención Primaria (es decir, en el centro de salud). Solo aquellas patologías más frecuentes, de menor tiempo de evolución y menor complejidad y que requieran medios terapéuticos sencillos, pueden ser tratadas en Fisioterapia de Atención Primaria.

Una vez solicitada la realización de Fisioterapia, los usuarios son citados por el Servicio de Admisión de su centro de salud para que el Fisioterapeuta realice una primera consulta. En ella se hace una valoración funcional del paciente que servirá para decidir los objetivos y las técnicas de tratamiento que se van a aplicar.

Estos tratamientos están centrados en el paciente y en la individualidad del mismo, adaptándose en cada momento a la evolución propia de su problema.

El paciente que acude a Fisioterapia de Atención Primaria, debe ser independiente en cuanto a movilidad (es decir, no precisar ayuda de terceras personas para caminar o levantarse de la cama o silla) y además, su situación cognitiva debe ser tal que pueda seguir las indicaciones del Fisioterapeuta.

Así, acudirá desde su domicilio uno o varios días por semana (dependiendo de su problema) para recibir tratamiento individual o formar parte de un grupo terapéutico.

Diferentes tratamientos

Los tratamientos que se realizan de forma individualizada pueden incluir diferentes técnicas fisioterápicas, entre las que se encuentran la electroterapia, la fototerapia, las terapias manuales y, muy especialmente, el ejercicio terapéutico realizado por el paciente y supervisado por el fisioterapeuta.

Tiene gran importancia la educación para la salud desde el inicio de la actuación del Fisioterapeuta: si el paciente tiene información sobre su problema va a ser capaz de entender más fácilmente los autocuidados propuestos y va a implicarse con mayor compromiso en el cuidado de su salud. Se fomenta la realización en el domicilio de las pautas

y el ejercicio terapéutico aprendido, ya sea mientras dura el tratamiento fisioterápico como posteriormente cuando es dado de alta. Además, se propone iniciar una actividad física adecuada a su estado.

Todo esto tiene el objetivo final de modificar los hábitos del paciente hacia hábitos de vida saludables que eviten o frenen la cronicación de su problema de salud.

Si el paciente cumple unos determinados requisitos puede realizar tratamiento dentro de los denominados grupos terapéuticos. Según el centro de salud y las características de su población pueden existir grupos de diferentes patologías, uno de los más comunes es la Escuela de Espalda. En ellos se realiza ejercicio terapéutico y se imparten sesiones teóricas para educar en autocuidados y prevención.

Cuando el proceso se ha estabilizado se realiza una valoración final que complementará la historia clínica del usuario y se procede al alta en Fisioterapia, informando en todo momento al médico responsable del mismo.

Por último, resaltar que además de otras funciones específicas como atención domiciliaria o gestión, desde Fisioterapia de Atención Primaria se hace hincapié en la prevención y para ello, se realizan actividades dentro de la comunidad (en colegios, institutos, asociaciones de vecinos...) intentando dar siempre un enfoque funcional y saludable.



Comer en hospitales



Beatriz Magallón Palacios
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00180

La gastronomía hospitalaria ha gozado, durante muchos años, de una pésima reputación: con cuentas en redes sociales que reúnen horrores gastronómicos, dietas poco saludables y emplatados muy deficientes. ¿Es injusta esta mala reputación de la comida de los hospitales? ¿Quién y cómo se decide la dieta que va a seguir un enfermo?

En general, cada centro hospitalario clasifica, sistematiza y denomina sus propias dietas con arreglo a un criterio científico y de máxima aplicabilidad. El compendio de las dietas de un hospital se denomina manual de dietas y es propio de cada centro.

Los menús de los hospitales se elaboran planificando una rotación semanal, mensual o trimestral de una dieta basal, que es la que tiene un paciente que no presenta ninguna patología digestiva ni ninguna enfermedad. Esta dieta basal se adapta a las distintas necesidades de las dietas terapéuticas, en función de si es diabético, astringente o si precisa una dieta laxante, es paciente renal o si necesita protección gástrica.

Cada vez es más frecuente que las cocinas hospitalarias implanten el 'menú elección', donde aquellos pacientes con una dieta basal

puedan elegir entre varias opciones el menú de desayunos, comidas, meriendas y cenas favoreciendo una mayor ingesta durante el ingreso.

El objetivo de este manual es facilitar la información necesaria al personal sanitario para que pueda prescribir correctamente y hacer posible a los pacientes un seguimiento adecuado del plan nutricional previsto.

El problema está cuando el personal sanitario no tiene la necesaria formación en nutrición, es decir, no son dietistas – nutricionistas. Este es uno de los problemas de porque "se come mal en el hospital".

La dieta no es prescrita por el personal adecuado ya que no existen dietistas-nutricionistas en planta.

Calidad organoléptica y dietética

Por lo otro lado, no todos los hospitales cuentan con dietistas-nutricionistas en la cocina de su centro. El trabajo en este campo es totalmente desconocido a la par que fundamental ya que dentro de las competencias de un dietista – nutricionista consta el integrar la calidad organoléptica de los menús (que tengan buen aspecto, sabor, olor) con la calidad dietética de los menús, de manera que las proporciones de los distintos macronutrientes (hidratos de carbono, lípidos y proteínas) sean

las adecuadas. Así, se favorece la aceptación de los menús por parte de los pacientes.

Además se encarga de la revisión de la cinta de emplatado, control de pedidos y materias primas, realización del APPCC (Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico, proceso preventivo necesario y obligatorio para garantizar la inocuidad alimentaria) o recuentos de trabajo para el personal de cocina (cocineros y pinches).

Por lo tanto, si no existe el personal adecuado ni en el servicio de cocina ni en planta nunca va a existir una comunicación adecuada para atender las necesidades del paciente.

Por otro lado también cabe aclarar, que el servicio de alimentación no solo es un servicio hostelero, es también sanitario y como tal, a veces la dieta responde a criterios terapéuticos aunque el paciente no lo termine de comprender.

¿Y si existieran los dietistas – nutricionistas se comería mejor?

Posiblemente si. La pauta dietética sería la adecuada y por lo tanto el paciente "comería bien" a la vez que se mejoraría la eficacia del tratamiento y/o se reduciría la estancia en el centro hospitalario.



Para el Médico, Enfermera y Profesional Sanitario

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

**Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones
Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com**

¿Qué son los activos en atención primaria?

Alicia Sanchez Garcia, enfermera del Centro de Salud Miralbuena, Area 3 de Zaragoza

Un activo para la salud, lo podemos definir como, cualquier recurso o factor que mejora la disposición de las personas, grupos, comunidades, barrios, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y también reducir desigualdades para generar salud.

Los recursos que encontramos en una comunidad pueden utilizarse a nivel individual, familiar y/o comunitario, con ello se quiere fortalecer habilidades de las personas o grupos para mejorar su salud física, psíquica y social, disminuyendo situaciones que producen estrés, evitar desigualdades y con ello generar más salud y empoderamiento de las personas para que mejoren su estima individual y colectiva y dependan menos del sistema sanitario. Se dan soluciones no problemas.



Este modelo de activos aporta una visión salutogénica que nace de la necesidad de crear un modelo de salud positiva para revi-

talizar las acciones del servicio de Atención Comunitaria de los equipos de Atención Primaria aportando salud positiva sobre las personas de una comunidad, se pone el foco de atención en aquellos recursos de las personas y comunidades para mejorar la salud. Desde esta visión positiva, se reconoce que todas las personas poseen capacidades que pueden utilizar en beneficio de su salud.

Con todo esto se quiere crear un proceso de co-producción de salud, alternativas no clínicas que producen salud y llevadas a cabo por los profesionales, personas y comunidades adaptándose a cada situación o entorno proporcionando es decir recomendaciones generales más informales.

En la actividad que realizamos en el centro de salud, por nuestras consultas pasan cantidad de historias de personas y problemas a los que deben enfrentarse tras diferentes acontecimientos que suceden en la vida es entonces cuando los profesionales intentamos captar a la persona biopsicosocialmente para recomendarles estos activos comunitarios de los que disponemos y así mejorarle su nueva adaptación al entorno social.

Los profesionales del equipo de cada centro de salud realizan o participan en proyectos que mejoran la calidad de vida de sus usuarios, ayudan a desmedicalizar frente a situaciones de la vida cotidiana y estimulan la promoción de la salud prescribiendo alternativas sociales.

En el centro de salud contamos con una población, identificamos activos comunitarios que se realizan en esa comunidad como pue-

den ser actividades físicas dirigidas, bienestar mental, relaciones personales a través de grupos, se intenta que sea de libre acceso, les explicamos las características de las posibles actividades que pueden realizar y las vamos haciendo visibles a la comunidad.

Queremos potenciar la participación de las personas y las comunidades locales de manera efectiva y apropiada para el beneficio de la salud.

En el Centro de salud trabajamos con el programa OMI, el usuario se cita en consulta médica o de enfermería y le damos a conocer el protocolo de recomendación de activos para la salud realizando una acogida y después un seguimiento, con ello determinamos aspectos a potenciar en el usuario, detectamos problema y buscamos activos que se realizan en la zona que corresponde al centro de salud y le proporcionamos información impresa del activo elegido.

Podemos buscar, filtrando el municipio y la población a la que se dirige y seleccionar entre los temas que más se aproximan al activo que hemos recomendado al usuario imprimiendo un pdf que muestra el recurso/ actividad seleccionado, con su descripción, ubicación y persona de contacto.

Si el profesional del centro de salud que realiza la recomendación considera necesaria una intervención del Trabajador social más en profundidad, aconsejaremos al usuario la derivación y lo citaremos con este profesional en su despacho.

Musicoterapia en la unidad de cuidados intensivos

Isabel Garrido Ramírez de Arellano. FEA Medicina Intensiva. Hospital de Barbastro
Alicia Sanz Cardiel. Médico 061 Aragón. UME Sabiñánigo-Unidad de rescate en Montaña
Sonia Caballero Núñez. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge (Huesca)
Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge (Huesca)
Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge (Huesca)
Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge (Huesca)
Carmen Jimeno Griño. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge (Huesca)
Cristina Abad Rubio. FEA Ginecología. Hospital San Jorge (Huesca)
Vanesa Zambrana Campos. FEA Cirugía General. Hospital Reina Sofía (Tudela)

Los pacientes que están ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos se encuentran sometidos a elevados niveles de estrés y ansiedad debido a la gravedad de su enfermedad, el ruido de las alarmas, presencia de tubuladuras y cables... incluso cuando están sedados.

Todos estos factores pueden influir de forma negativa en la evolución de su enfermedad, produciendo dolor, ansiedad, agitación, aceleración del ritmo cardíaco, aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial, mayor trabajo respiratorio y fatiga. Hay que tener en cuenta que para una mejor recuperación del paciente, éste necesita estar tranquilo, estable y controlado.

Cuando están intubados, a los pacientes se les administra sedación y analgésicos para una correcta adaptación, fármacos que no son inocuos y tienen efectos secundarios pudiendo además prolongar el tiempo de ventilación mecánica y con ello el riesgo de infecciones nosocomiales. El control de los efectos de esta sedoanalgesia se consigue mediante varias escalas, que son herramientas relativamente simples y pueden ser valoradas repetidamente. También se dispone de tecnología para una monitorización continua.

Es por todo esto que intervenciones que faciliten una reducción de la dosis total en medicamentos analgésicos y sedantes se asocian con mejores resultados, produciendo una pronta liberación de la ventilación mecánica y la estancia en UCI para promover la recuperación de pacientes críticos.

En resumen, la reducción del uso de sedantes y analgésicos pueden mejorar la recuperación y acortar la estancia en UCI, así como mantener un nivel óptimo de sedación mejora los resultados y optimiza el uso de recursos.

La musicoterapia, técnica alternativa

Y para conseguir esta reducción en las dosis de fármacos se pueden utilizar terapias complementarias conjuntas con el tratamiento médico. Entre las numerosas técnicas alternativas se encuentra la música, modalidad sensorial bien conocida por todos y que muchas personas disfrutan en su vida diaria. Intervenir con música o la musicoterapia se trata de la escucha de música con un objetivo terapéutico.

Desde tiempo inmemorables se sabe que la música relaja cuerpo, mente y alma. Ya se encontró documentación de Pitágoras, el cual se cree fue el fundador de esta técnica, donde realizaba la prescripción de la música a sus pacientes para recuperar la armonía del cuer-

po. También Florence Nightingale declaró que la enfermería era la responsable del entorno del paciente y que la intervención musical podría ser beneficiosa. Desde entonces se han realizado numerosos estudios para evaluar la respuesta de los pacientes.

La música hace que el ritmo del cuerpo entre en sincronía con el ritmo más lento de la música, suceso conocido como "arrastre", creyendo que la música con ritmo lento, constante y repetitiva induce un efecto hipnótico, produciendo relajación y reducción de la ansiedad en pacientes con estados alterados de la conciencia.

Hoy en día esta técnica ya se utiliza en psiquiatría, obstetricia y pediatría, que son los campos donde tiene beneficio terapéutico comprobado. Pero poco a poco se está utilizando también en la pre-medicación en quirófanos y en cuidados intensivos, debido a su demostrada eficacia en la reducción del estrés, la ansiedad y el dolor. En UCI también se demuestra que consigue distracción de los pensamientos y sonidos angustiantes, promueve un sueño reparador, disminuye la sensación de dolor, así como reduce la frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial. Dado que no tiene efectos secundarios, se considera una intervención segura y no perjudicial para pacientes ingresados en una UCI.



Se me escapa el pis, ¿cuántos tipos de incontinencia hay?

María Soto Palacín, Elena Sánchez Izquierdo y Mónica Sanz del Pozo (Médicos Internos Residentes), Ingrid Guiote Partido (Médico Adjunto) y M^a Jesús Gil Sanz (Jefe de Servicio)
Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina en cantidad y frecuencia suficiente para producir un problema social o de higiene. Es un problema mucho más frecuente de lo que se habla, ya que a menudo causa vergüenza a las personas que la padecen. La intensidad puede abarcar desde perder orina ocasionalmente cuando toses o estornudas, hasta tener una necesidad de orinar tan repentina y fuerte que no llegas al baño a tiempo.

Si bien ocurre con mayor frecuencia a medida que nos hacemos mayores, la incontinencia urinaria no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. De la misma forma, las mujeres la experimentan el doble en comparación con los hombres: en España, alrededor de un 10% de las mujeres entre 24-65 años sufren incontinencia urinaria; sin embargo estas cifras se reducen al 5% en varones.

La incontinencia urinaria se produce cuando la presión dentro de la vejiga es superior a la presión en la uretra, sobrepasando los mecanismos fisiológicos de retención de la orina. La mayoría de los problemas de control de la vejiga ocurren cuando los músculos están demasiado débiles o demasiado activos.

Tipos de incontinencia

• Incontinencia urinaria de esfuerzo.

La pérdida de orina se produce al realizar cualquier movimiento o actividad física. La risa, el estornudo, el deporte, la carga de objetos pesados, o el mero hecho de ponerse en pie o agacharse, puede provocar escapes de orina que van desde unas gotas hasta un chorro. El origen de esta incontinencia, se encuentra en la uretra y el suelo pélvico. El esfuerzo físico, aunque sea leve, provoca un aumento de la presión en el abdomen y en la vejiga, pero la uretra no puede ocluirse con la suficiente fuerza, lo que desencadena la pérdida de orina.

Las causas más frecuentes son el embarazo y la edad, ya que provocan una pérdida de elasticidad y de tensión en el suelo pélvico.

• Incontinencia urinaria de urgencia

Consiste en la pérdida involuntaria de orina asociada a una necesidad imperiosa y repentina de orinar. Por lo tanto, existe una consciencia previa. El origen de esta incontinencia se encuentra en un aumento de la actividad del detrusor (músculo que forma parte de la pared de la vejiga urinaria, que cuando se contrae provoca la micción).

• Incontinencia urinaria mixta

Cuando la pérdida de orina se produce por combinación de la hiperactividad del músculo detrusor y de una alteración en los mecanis-

mos de retención de la orina a nivel uretral, estamos ante una incontinencia mixta.

• Incontinencia urinaria por rebosamiento.

Se trata de una pérdida de orina que presentan principalmente los varones, debido a que la vejiga se encuentra aumentada de tamaño por una obstrucción que impide el paso de la orina y es incapaz de vaciarse normalmente; cuando la vejiga ya no puede distenderse más se producen pequeños vertidos "de escape", apareciendo el rebosamiento. Esta circunstancia se da en problemas de próstata que ocasionan obstrucción severa y dificultad para orinar.

La incontinencia urinaria (IU) no es una enfermedad como tal, pero tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria: entorno social (menor interacción social o mayor aislamiento, abandono de algunas aficiones), físico (limitaciones a la práctica deportiva), sexual (pérdida de la actividad sexual, evitación de la pareja), psicológico (pérdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad), e incluso absentismo laboral.

Si la incontinencia urinaria afecta a sus actividades diarias, no dude en consultar al médico. En la mayoría de las personas, algunos cambios sencillos en el estilo de vida o un tratamiento médico pueden aliviar la molestia o detener la incontinencia urinaria.



Me ha salido el PSA alto, ¿tengo cáncer de próstata?

María Soto Palacín, Elena Sánchez Izquierdo y Mónica Sanz del Pozo (Médicos Internos Residentes), Ingrid Guiote Partido (Médico Adjunto) y M^a Jesús Gil Sanz (Jefe de Servicio) Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

¿Alguna vez ha oído hablar del PSA? Probablemente sabrá que es algo relacionado con la próstata, un tipo de análisis que, junto con el tacto rectal, todo varón debería hacerse alguna vez.

La próstata es una glándula pequeña que forma parte del aparato reproductor del hombre. Está debajo de la vejiga y produce un líquido que forma parte del semen. PSA son las siglas de "antígeno prostático específico", llamado así porque es una proteína producida exclusivamente por las células prostáticas (ya sean benignas o malignas) que se puede detectar en la sangre de todos los hombres. No solo el cáncer de próstata eleva el PSA: algunos estados benignos pueden causar el aumento de la concentración de PSA.

Con el paso de los años, la próstata va creciendo y comienza la llamada hiperplasia benigna de próstata (HBP). Con este crecimiento benigno, el PSA va aumentando lentamente. Otra de las afecciones benignas que causan que se eleve la concentración del PSA es la prostatitis (inflamación de la próstata).

No existe evidencia de que la prostatitis o que la hiperplasia benigna de la próstata causen cáncer, pero es posible que un hombre presente una o ambas afecciones y que tenga también cáncer de próstata.

En el caso de que exista un cáncer de próstata, el PSA puede aumentar rápidamente y alcanzar valores más altos. Si esta elevación

es sospechosa para tu médico, es posible que solicite una biopsia de próstata, para así poder realizar el diagnóstico definitivo.

¿Cuándo debería hacerse un PSA?

Los beneficios de la realización de un PSA a todos los varones asintomáticos para detectar precozmente el cáncer de próstata son controvertidos. Los ensayos clínicos no han demostrado una disminución en la mortalidad por cáncer de próstata desde que se realiza el PSA. Sin embargo, sí se ha visto que disminuye el número de enfermos que se diagnostican en fases avanzadas, cuando ya no existe tratamiento curativo.

La Asociación Europea de Urología en sus "Guías clínicas sobre el cáncer de próstata" recomienda para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata una estrategia individualizada en función del riesgo, a varones bien informados con un buen estado general y al menos 10-15 años de esperanza de vida.

¿Qué es un resultado normal del análisis del PSA?

No hay una concentración específica normal o anormal del PSA en la sangre, y las concentraciones pueden variar con el tiempo en el mismo hombre. Actualmente, la regla general es considerar un PSA total normal si es < de 4 ng/ml, mientras que el PSA total siempre es anormal por encima de 10 ng/ml. Cuando el PSA está entre 4 y 10 ng/ml, se requie-

ren estudios analíticos complementarios. Sin embargo, algunos hombres con concentraciones del PSA menores de 4,0 ng/ml y factores de riesgo asociados, presentan cáncer de próstata, y muchos hombres con concentraciones más altas no tienen la enfermedad. Además, varios factores pueden causar que fluctúe la concentración del PSA en el hombre. Por ejemplo, la concentración del PSA aumenta frecuentemente si el hombre presenta una infección de orina, o incluso con la masturbación y las relaciones sexuales. Por otro lado, algunos fármacos, utilizados para tratar la hipertrofia benigna de la próstata, reducen la concentración del PSA.

¿Qué hago si me sale el PSA elevado?

Si los valores de PSA se encuentran elevados, será necesario repetir la determinación de PSA y descartar una elevación transitoria. Si ha tenido una infección en las vías urinarias probablemente recibirá su tratamiento y se repita el PSA a las 3 semanas (tiempo necesario para que el PSA vuelva a los valores basales).

Si se confirma la elevación del PSA, entonces su urólogo le indicará realizar una biopsia de próstata para descartar un eventual cáncer de próstata, no obstante, incluso en este caso, debe saber que solo un tercio de las biopsias de próstata que se realizan son positivas para cáncer de próstata.

Vacuna antigripal en personal sanitario, ¿es suficiente?

Mónica López Campos. Pediatra. Centro de Salud Actur Norte. Zaragoza

Ignacio García Ascaso. Enfermero. Centro de Salud Actur Norte. Zaragoza

Juan Lorente Riverola. Enfermero. Centro de Salud Actur Oeste. Zaragoza

Carlos Fernández Lozano. Enfermero. Hospital General de la Defensa. Zaragoza

M^a Carmen Viñas Viamonte. Coordinadora de Enfermería. Centro de Salud Actur Norte. Zaragoza

La gripe es una enfermedad de carácter anual que afecta de forma epidémica a la población, cada vez se reconoce más la importancia de la transmisión nosocomial de la misma.

Una proporción importante de trabajadores sanitarios se infectan a lo largo del año, especialmente en invierno cuando la incidencia de la enfermedad es mayor. En el 30-60% de ellos la infección es subclínica, lo que probablemente permite al sanitario continuar trabajando mientras es contagioso y actuar como una fuente de infección para sus pacientes y compañeros. Además hasta el 81,8% de los trabajadores que padecen síntomas gripales acuden a trabajar pese a presentarlos, por tanto, resulta evidente que es necesario implementar medidas para conseguir una correcta cobertura.

El principal método para prevenir la gripe y sus complicaciones graves es la vacunación antigripal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomiendan su administración anual en los trabajadores sanitarios. Con una amplia cobertura vacunal podría reducirse su transmisión y las complicaciones relacionadas con la enfermedad, además de contribuir a reducir los costes sanitarios y las pérdidas en la productividad al reducir el absentismo laboral. La tasa de vacunación entre los médicos y otros sanitarios es baja, a niveles generales las coberturas alcanzadas oscilan entre el 5,8% y el 55% de los sanitarios, cuando el porcentaje de vacunación antigripal por parte de los profesionales sanitarios para generar inmunidad de grupo debería ser de al

menos un 80%. A pesar de ello, en España las tasas de vacunación oscilan entre el 22,2% y el 56%, y son inferiores a los objetivos fijados por el Healthy People (EE.UU.): 60% para el año 2010 y 90% para el año 2020.

Varios trabajos sobre la gripe estacional han observado que el personal facultativo presentaba coberturas vacunales mayores que las del resto de los estamentos, enfermería inclusive, con la importancia que comporta el hecho de que el personal con mayor contacto directo con el paciente fuera el que menos se vacunara.

Políticas de seguridad

Para mejorar las coberturas vacunales es necesario potenciar tanto el conocimiento en los profesionales como las medidas en el marco de políticas de seguridad, que tengan por objetivo prevenir la enfermedad en los trabajadores sanitarios y evitar la transmisión de ésta a los pacientes. A su vez, es preciso en nuestro medio un debate sobre diversas posibilidades, tales como la obligatoriedad de que los trabajadores se vacunen (que es la estrategia más efectiva para conseguir coberturas vacunales adecuadas. En Estados Unidos existen organizaciones sanitarias que han implementado políticas de vacunación obligatoria frente a la gripe para todos sus trabajadores sanitarios (salvo en caso de contraindicación médica o por motivos religiosos), las cuales les han llevado a conseguir coberturas vacunales superiores al 98%. Otras medidas pueden vincular la vacunación de la gripe a incentivos dentro de las organizaciones, implementar en los centros sanitarios el formulario de declinación de la vacunación,

incluir la cobertura vacunal de los trabajadores sanitarios como un indicador de calidad de un centro sanitario, o establecer la necesidad de informar a los pacientes sobre el estado de vacunación de los trabajadores sanitarios que les atienden.

Hemos llevado a cabo un estudio a pequeña escala sobre la vacunación en dos centros de salud urbanos en Zaragoza. A nivel global se vacunan el 50,1% del personal de ambos centros de salud, un 77,7% de los facultativos, un 41,4% del personal de enfermería y un 10% del personal de admisión. En relación al sexo del personal, el 70% de los hombres se vacuna frente al 44% de las mujeres. Cuando hacemos una revisión de la vacunación en los últimos 5 años el 38,2% del personal no se había vacunado nunca y sólo el 33,65% lo había hecho todos los años.

Si analizamos por centros, nos encontramos que el centro de salud que proporciona una promoción activa de la vacunación antigripal mediante correo postal a población de riesgo y que registra unas mayores tasas de vacunación poblacional es el centro de salud con menor tasa de cobertura vacunal. En este centro hasta el 56% del personal no recibió vacuna gripal en la última campaña. El 66,66% de los facultativos encuestados se vacunaron, frente al 37,5% del personal de enfermería y el 0% del personal administrativo.

Queda patente que se necesita intervenir activamente en aumentar la cobertura vacunal, incentivando medidas de captación e información en el personal que forma parte de centros sanitarios.

LINFEDEMA

Me han operado de cáncer de mama, ¿me puede aparecer un linfedema?

Mayra Medrano Cid. Fisioterapeuta Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Un linfedema es un tipo de edema producido por una disfunción linfática y se caracteriza por el acúmulo del líquido rico en proteínas en el espacio intersticial dando lugar a un aumento de tamaño o hinchazón de la región corporal afecta.

Se estima que el 20% de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama desarrollará un linfedema en la extremidad superior a los seis meses, el 36% al año y el 54% a los 36 meses. Los factores de riesgos más relevantes para ello son:

- Número de ganglios linfáticos extirpados en la cirugía (el riesgo es menor cuando se extirpa el ganglio linfático centinela).
- La radioterapia en la zona.
- La obesidad.

¿Qué nota el paciente?

El linfedema no suele desarrollarse de forma brusca, por lo que los primeros síntomas pueden ser la sensación de pesadez en el brazo o endurecimiento de algunas zonas del mismo (las más habituales son las que soportan una presión como la cara anterior del brazo y la zona del codo).

Dado que habitualmente el aumento de volumen del brazo es gradual, es importante conocer y detectar los primeros síntomas y así poder iniciar lo antes posible un tratamiento precoz del mismo mediante fisioterapia. El diagnóstico precoz puede evitar su progresión a estadios más avanzados.

¿Qué puedo hacer para prevenir la aparición del linfedema?

El linfedema es una enfermedad crónica. Se trata de un proceso que no podemos esperar una curación espontánea y por lo tanto necesita un tratamiento general de por vida. Para evitar que aparezca un linfedema existen una serie de medidas preventivas que conviene seguir para evitar su aparición o las complicaciones una vez establecido el linfedema.

Medidas generales:

- No poner inyecciones, vacunas, ni hacer extracciones de sangre en el brazo afecto.
- No realizar toma de tensión arterial en el brazo afecto.
- No tomar baños de sol ni utilizar saunas, ni rayos UVA.
- Evitar la compresión que pueden realizar las joyas, anillos, relojes, etc...
- Evitar el transporte de cargas pesadas con la extremidad afecta.
- Mantener el brazo elevado el mayor tiempo posible.
- Usar sujetadores de tirante ancho y sin aros, que no compriman el contorno del tronco.
- Evitar los golpes sobre la zona afecta y lesiones con objetos punzantes.
- Buena hidratación diaria de la piel.
- No cortar las cutículas al cortar las uñas.
- Realizar deporte con moderación, actividad física suave. No están recomendados deportes de riesgo y de contacto que conlleven movimientos bruscos y repetitivos.
- Tener cuidado con las picaduras de insectos y quemaduras en la zona.

- Disminuir la ingesta de sal en la alimentación, cuidar el consumo de proteínas animales, grasas saturadas y azúcares.
- Ingesta de verduras y pescados. Una buena hidratación (entre 1,5 litros y 2 litros de agua diarios).
- Depilarse con crema o maquinilla eléctrica (ni cera caliente ni cuchillas).

Y si me aparece un linfedema ¿qué debo hacer?

Si has sido tratado de cáncer de mama y presentas alguna alteración en el brazo del mismo lado intervenido no dudes en consultarlo con tu médico para que realice la exploración clínica que considere necesaria. Posteriormente será el fisioterapeuta el profesional sanitario capacitado para el tratamiento físico del linfedema.

En el tratamiento se puede diferenciar dos fases:

1. Fase intensiva de tratamiento:

La Terapia Descongestiva del Linfedema (TDL) es el procedimiento terapéutico más aceptado. Consiste en:

- Higiene y cuidados de la piel.
- Drenaje linfático manual.
- Presoterapia.
- Vendajes compresivos multicapa.
- Ejercicios específicos.

2. Fase de mantenimiento:

- Prendas de contención (manga durante el día +/- vendaje nocturno).
- Ejercicios.
- Autocuidados.

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



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