

SUMARIO

2 Deshidratación en el anciano

3 Enfermedades que provocan pérdida de visión

4 Cómo sentirme mejor con mi EPOC

6 Consejos ante una crisis de angustia

8 Depresión postparto, la depresión sonriente

10 ¿Es necesario realizar una valoración nutricional de los pacientes al ingreso hospitalario?

12 Estrategias para vencer el insomnio

13 El papel de la alimentación en mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)

14 ¿Cómo es el día a día de un paciente en la UCI?

16 La Puerta verde de Panticosa



EJEMPLAR GRATUITO

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





Deshidratación en el anciano

Magdalena Linge Martín, Marta Mercedes González Eizaguirre, Dionis Carolina Fernández Minaya y Carmen Oquendo Marmaneu.

Servicio de Geriatría, Hospital San José, Teruel

Con el transcurso del tiempo, los depósitos de agua corporales se reducen, la sensación de sed se altera y los riñones no concentran orina tan fácilmente, lo que implica un aumento del riesgo de deshidratación en personas mayores. Este aumento del riesgo también se ve influenciado por otros factores que debemos conocer para poder prevenirlos.

¿Podemos medir la deshidratación?

Si bien existen varios índices para la evaluación del estado de hidratación, no hay un método aceptado universalmente para aplicarlo a los ancianos. Además, la clínica de sospecha no siempre es clara puesto que los signos de deshidratación en personas mayores son más difíciles de reconocer (sequedad bucal, debilidad muscular o baja turgencia/elasticidad cutánea) y algunos incluso, podrían no aparecer. Por ello es fundamental tener siempre presente que los ancianos son una población de riesgo de deshidratación y que con las altas temperaturas, son especialmente vulnerables.

¿Qué importancia tiene mantenerse hidratado?

Habitualmente el nivel de agua del organismo, que determina el nivel de hidratación, se mantiene de forma autónoma. Este proceso está estrechamente regulado, puesto que el agua es un elemento fundamental para la vida y está involucrada en el metabolismo, en el aporte de minerales y en la regulación

de las funciones fisiológicas (temperatura, eliminación de productos de deshecho, etc.).

¿Por qué los ancianos son más susceptibles a la deshidratación?

Para mantener un adecuado nivel de hidratación hay que ingerir la cantidad diaria de agua recomendada, sin embargo en los ancianos aparecen una serie de alteraciones que dificultan ese mantenimiento. Estas modificaciones pueden ser de índole social, económica y fisiológica. Con el envejecimiento, de manera fisiológica se produce una disminución del total de agua corporal (asociada a la pérdida de masa magra corporal), una disminución de la sensación de sed y una disminución de la capacidad de los riñones para concentrar la orina. Los problemas socioeconómicos como la soledad, la ausencia de un cuidador o no tener una vivienda adecuada empeoran este severo problema. Asimismo, también se ve afectada por el consumo de fármacos, alteraciones en la deglución, miedo a la incontinencia urinaria, etc.

¿Cómo podemos sospechar la deshidratación?

Hay distintas señales que muestran que el riesgo de deshidratación está aumentado. A saber, disminución en la ingesta de agua, presencia de vómitos o diarrea, uso de nuevos fármacos, presencia de sangrado, fiebre, exposiciones prolongadas al aire libre, etc. A nivel físico encontramos sequedad de lengua y otras mucosas, pérdida de apetito, confusión, presencia de ojos hundidos, disminución de la

tensión arterial, orina escasa y de olor fuerte, ausencia de lágrimas, etc.

¿Requiere tratamiento?

En función del grado de severidad de la misma y de las complicaciones asociadas, la deshidratación, requiere de un tratamiento específico. Cuando está instaurada, ésta suele requerir personal sanitario e instalaciones apropiadas, aspectos importantes porque, además del gasto económico que generan, se acompaña de situaciones de gravedad y cuyo pronóstico puede ser incierto. Consecuentemente, la prevención de la deshidratación basada en medidas sencillas y eficaces reviste gran importancia.

¿Podemos prevenirla?

La prevención de la deshidratación en ancianos se basa principalmente en garantizar una adecuada ingesta hídrica. La concienciación de los ancianos, de sus familias y de sus cuidadores respecto a la gravedad de la deshidratación y de sus factores de riesgo es fundamental para prevenirla.

Algunas de las estrategias a utilizar a modo de ejemplo, consistirían en ofrecer líquidos regularmente a lo largo del día, evitar la ingesta de bebidas alcohólicas, eludir la exposición solar en las horas centrales del día, enseñar a las personas mayores a beber cuando no tienen sed, evaluar las medicaciones crónicas y llevar a cabo programas educativos e informativos.

Enfermedades que provocan pérdida de 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

DMAE, glaucoma, retinopatía diabética, retinosis pigmentaria, miopía magna, y otras, provocan pérdida de visión. Son patologías con afección visual, conllevan además de la pérdida de visión, una disminución de la calidad de vida: pérdida de movilidad, incapacidad para realizar tareas hasta ahora habituales etc... Dependiendo de la patología tendrán pérdidas de visión en el campo central o en la periferia.

Estos pacientes no mejoran con la graduación en gafa, ni con acertados tratamientos médicos, farmacológicos o quirúrgicos.

Se consideran pacientes de Baja Visión, aquellos cuya Agudeza Visual, en el mejor de los ojos, es menor o igual al 30% o su Campo Visual inferior a 20°.

¿Cómo ven las personas con Baja Visión?

En función del motivo causante, la percepción puede ser borrosa, parcheada, reducida al centro de la visión o a la periferia, etc... Habrá quien sea capaz de leer y reconocer caras pero no moverse con autonomía, otros podrán caminar sin ayuda pero no podrán leer carteles o reconocer caras.

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

¿Cómo procede el especialista en Baja Visión?

El equipo de especialistas le realizará las siguientes pruebas: Valorará la máxima visión que pueda aprovechar, le prescribirá los aumentos necesarios para su caso según sus necesidades y limitaciones visuales, ejercicios para enseñarle a usar y sacar el máximo aprovechamiento de su visión y del uso de las Ayudas Visuales y

programas para mejorar las habilidades de su vida diaria con el fin de obtener la **máxima autonomía personal**. En 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.

¿Cómo son las Ayudas para ver de cerca en Baja Visión?

No todos los pacientes son iguales aunque tengan la misma patología.

Para una lectura prolongada, los **microscopios**, facilitan la visión de cerca, con gran posibilidad de aumentos, tienen la ventaja que tienen la estética de una gafa de cerca convencional, nos permiten tener las manos libres y es la ayuda para cerca que nos facilita mayor campo visual. El aumento dado por un microscopio provoca magnificar la imagen que el paciente no puede ver, aumentándola hasta el tamaño que consiga verla con su resto visual periférico.



Para pacientes que simplemente quieren ver algo puntual en cerca, lo ideal son **las lupas**, es un sistema óptico más sencillo, fácil de usar, existen diferentes tipos, manuales, con soporte, con luz. La calidad óptica de la lupa es fundamental. La lupa es prescrita por los optometristas en Baja Visión de acuerdo a los aumentos necesarios.

Fotos cedidas por Recoletos Baja Visión



Para pacientes con la retina muy dañada, necesitarán gran cantidad de aumentos, lo ideal son las **ayudas electrónicas**.

Hay gran variedad en este tipo de ayudas,

desde portátiles para llevar a la calle, hasta las que se conectan con un terminal de ordenador o TV.

Estas ayudas proporcionan diferentes prestaciones, a parte de conseguir aumentar la imagen, también permiten modificar los colores del texto, y del fondo de la pantalla, marcar una línea guía para no perdernos en la lectura, aumentar el contraste en función de las necesidades. Para pacientes muy lectores o bien estudiantes funcionan muy bien.



Todas las ayudas se pueden combinar con filtros selectivos favoreciendo el

contraste tan disminuido en los pacientes con Baja Visión.

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

Desde **YANGUAS ÓPTICOS** aconsejamos que estar bien informado es el primer paso para prevenir.

El 80% de las cegueras son evitables con una detección precoz, si se identifican de una manera temprana. Esto permite una intervención de la enfermedad, por parte del oftalmólogo.



Cómo sentirme mejor con mi EPOC

Ramón Peinador Aguilar. Enfermero

Servicio de Neumología. Hospital General de la Defensa en Zaragoza

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no es una sola enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. Los términos más familiares son: “bronquitis crónica” y “enfisema”.

Los síntomas principales son el ahogo o disnea, la tos y la expectoración. Se puede sospechar la existencia de EPOC cuando existen síntomas, pero para establecer el diagnóstico de certeza, esta sospecha debe confirmarse con una prueba denominada espirometría.

La espirometría forzada con prueba broncodilatadora valora la gravedad de la obstrucción y la limitación del paso del aire a través de los bronquios. El día en que se programa la espirometría, se entrega al paciente instrucciones por escrito para su realización:

- No fumar en horas previas.
- No hacer ejercicio físico en horas previas.
- No haber tomado la medicación broncodilatadora inhalada entre 6 y 24 horas antes de la prueba.

Medidas higiénico dietéticas

Dieta

- Tomas frecuentes y en pequeñas cantidades (5 - 6 veces al día).
- Si tiene fatiga al comer, siga una dieta blanda, fácil de masticar y de textura suave. Elija platos fáciles de preparar y que sean sabrosos para combatir la falta de apetito.

- Coma sentado. Si utiliza oxígeno, úselo antes y después de la comida.
- Evite el estreñimiento, así como la distensión abdominal y las flatulencias. Si sufre de gases, evite alimentos como legumbres, coles, melón, cebolla, pepinos y bebidas con gas.
- Es recomendable beber abundante líquido fuera de las comidas (1,5 litros de líquido diario).
- Controle la sal, pues su exceso aumenta la presión arterial y facilita la retención de líquidos.

Ejercicio

- Elija actividades que le gusten y que sean adecuadas para su enfermedad (caminar, bailar, nadar, subir y bajar escaleras, ir en bicicleta...).
- La adaptación al ejercicio debe ser progresiva. Durante las primeras semanas de ejercicio regular, es normal encontrarse más cansado. Lo ideal es ser activo cada día, aunque debe seguirse un proceso progresivo. Se puede empezar por 2 días a la semana e ir aumentando.
- Se recomienda un mínimo de 30 minutos diario. Pueden hacerse de manera continua o repartidos, por ejemplo en 3 tandas de 10 minutos.
- Empiece con una intensidad suave para evitar que el cansancio aparezca muy rápido. Poco a poco aumente la intensidad a moderada. Use la sensación de fatiga para regular la intensidad de ejercicio.
- Si elige hacer ejercicio al aire libre, salir a caminar o caminar con bastones (marcha

nórdica) son dos actividades muy buenas y fáciles de realizar.

Medicación

La vía inhalada es la vía de elección del tratamiento de la EPOC porque los medicamentos van directamente al órgano diana, que es el bronquio y el pulmón.

Existen distintos dispositivos de inhalación. Cualquier sistema es efectivo si se realiza de forma correcta. La elección del mejor sistema estará en función del fármaco que usted precise, de su aptitud y preferencias, y de sus habilidades.

El tratamiento con inhaladores es para toda la vida. No debe dejarlo ni un solo día. Es muy importante que tome siempre la dosis prescrita y planifique el horario de toma de medicación. Puede tomar como referencia el horario de las comidas para evitar olvidos. Para evitar problemas, es imprescindible que realice una buena higiene bucal después de la toma de los inhaladores.

No olvide llevar siempre el inhalador de rescate para utilizarlo cuando se encuentre mal. Solicite al equipo que le atiende que le revise la técnica de los inhaladores de forma periódica.

Medicamentos más habituales

- Los broncodilatadores β_2 . Aumentan el diámetro de los bronquios. Pueden ser de dos tipos:
 1. Acción prolongada: sus efectos duran de 12 a 24 horas según el tipo de fármaco.

2. Acción corta: duran de 4 a 6 horas y suelen utilizarse como medicación "de rescate". Al ser el inhalador que más rápido actúa, le ayudará en momentos de crisis.

- Los anticolinérgicos. También son broncodilatadores. E igualmente pueden ser de acción corta o prolongada.
- Los antiinflamatorios (corticoides). Disminuyen la inflamación de la mucosa de los bronquios.

Vacunación

El paciente con EPOC puede sufrir algunas complicaciones, que pueden prevenirse con vacunas específicas.

El virus de la gripe puede provocar un empeoramiento de la EPOC. Todos los años, salvo contraindicación, debe vacunarse de la gripe. Dicha vacuna previene exclusivamente de la gripe, no de los resfriados comunes.

La neumonía es otra infección que puede agravar su patología. Hay dos tipos de vacuna antineumocócica: la polisacárida y la conjugada. Las recomendaciones actuales son vacunar con la conjugada a todos los fumadores que padezcan alguna enfermedad respiratoria, independientemente de su edad y grado de tabaquismo, y a los pacientes con EPOC.

Exacerbaciones

Una exacerbación o agudización es un empeoramiento de la enfermedad que produce un cambio brusco del estado de salud. En muchos casos se debe a una infección en los bronquios. Conocer los síntomas de una agudización le ayudará a tratarla a tiempo, a acortar la duración de la exacerbación y posiblemente a impedir que se agrave.

Signos de alarma que usted debe tener en cuenta y ante los que debe actuar:

- Aumento de la fatiga.
- Aumento de la tos habitual.
- Cambios en el aspecto y la cantidad del moco.
- Fiebre.
- Somnolencia y/o dolor de cabeza.
- Edemas (hinchazón de pies).
- Aumento de la necesidad de medicación broncodilatadora de rescate.
- Peor tolerancia a la actividad normal.

En la mayoría de ocasiones, las exacerbaciones se pueden tratar en casa. El tratamiento se basa en un aumento de los inhaladores y, en algunos casos, el inicio del tratamiento con corticoides y antibióticos.

La principal función de los pulmones es suministrar oxígeno al cuerpo y eliminar el dióxido de carbono. Las exacerbaciones pueden perjudicar esta función, de modo que en los casos más graves, y durante un periodo corto, quizás necesite oxígeno domiciliario.

¿Cuándo acudir a Urgencias?

Cuando, una vez revisado y realizado el tratamiento que su médico le ha recomendado, usted no mejora, se siente peor y/o aparece el empeoramiento de una forma brusca, debe acudir a un Servicio de Urgencias. Usted debe acudir de forma inmediata si aparece:

- Presencia de ahogo (disnea) en reposo.
- Uso de la musculatura accesoria (músculos de las costillas y del cuello).
- Fiebre muy alta.
- Labios y dedos azulados.
- Alteración del nivel de conciencia (somnolencia, irritabilidad, confusión, etc.).

NO DUDE EN CONSULTAR CUALQUIER COSA CON EL EQUIPO QUE LE ATIENDE. SU SALUD ES LO MÁS IMPORTANTE.

Seguro de **Baja Laboral**



ESTAMOS
CON USTED
DURANTE SU BAJA
LABORAL



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

Síguenos en

y en nuestra APP

Siéntase seguro en situaciones adversas

Con el nuevo Seguro de Baja Laboral, A.M.A. proporciona a sus mutualistas una cantidad económica* para compensar la falta de ingresos durante la baja laboral.

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 cantidad económica diaria queda previamente fijada en las condiciones de la póliza. Indemnización según baremo

*Con la tranquilidad de contar
con un baremo fijo.*



Consejos ante una crisis de angustia

M^a Estela Viñuales Luis. Médico psiquiatra CRP Santo Cristo de los Milagros (Huesca).

Catalina Bestué Felipe. Médico psiquiatra Hospital de Día de Psiquiatría Tudela.

Raquel Sanjuán Domingo. Médico especialista en medicina familiar y comunitaria CS Cantavieja (Teruel).

Las crisis de angustia son episodios breves de intensa ansiedad que pueden aparecer de manera aislada o asociados a otros trastornos psiquiátricos como las fobias o el trastorno de estrés postraumático. Las sufren entre un 5-6 % de la población. En la actualidad existen diferentes tratamientos farmacológicos y psicológicos que ayudan a aliviar el malestar que originan e incluso a prevenir su aparición.

¿Qué es una crisis de angustia?

También conocidas como "ataques de pánico", se tratan de episodios repentinos de miedo o malestar intenso, asociados o no a una situación desencadenante (por ejemplo ver una araña en caso de fobia a las arañas o una situación de pérdida como el fallecimiento de un ser querido). Los síntomas de una crisis alcanzan un pico en los primeros diez minutos y por lo general, no se prolongan más allá de la hora. Aparecen con más frecuencia en las mujeres que en los varones y suele debutar en edades desde la adolescencia hasta los 35 años.

La ansiedad, en realidad, es una respuesta adaptativa del organismo que nos prepara para responder ante las amenazas, bien en forma de huida o de lucha, exponiéndonos a una liberación importante de neurotransmisores como la adrenalina y la noradrenalina.

Nos ayuda a responder mejor ante exigencias del día a día, como enfrentarnos a un examen. En los trastornos de ansiedad dicha respuesta aparece sin peligro real y sin una función de adaptación, originando esta descarga catecolaminérgica los síntomas propios de la ansiedad.

¿Qué síntomas pueden aparecer durante una crisis de angustia?

Podemos sentir síntomas físicos como dolor torácico, taquicardias, palpitaciones, sensación de falta de aire o dificultad para respirar, mareos, sudoración, temblor, entumecimiento u hormigueos, náuseas, diarrea, y otros síntomas psicológicos como sensación de irrealidad y de extrañeza de uno mismo, miedo a volverse loco, a sufrir un infarto o a morir. Crisis repetidas, así como preocupación persistente y ansiedad anticipatoria a padecerlas da lugar a un trastorno de angustia.

Durante un trastorno de angustia, es frecuente que se tienda a evitar las situaciones o circunstancias en las que se producen estos episodios, en un intento de prevenir nuevas crisis. Esto resulta contraproducente, ya que por un mecanismo de condicionamiento, poco a poco se comienzan a restringir más situaciones y se reduce la libertad del individuo. Así es como en muchas ocasiones, las crisis de angustia se asocian a agorafobia (miedo a los lugares abiertos o a abandonar el contexto familiar del hogar).

A veces esta clínica puede asociarse a otros diagnósticos psiquiátricos como depresión o consumo de tóxicos.

¿Por qué ocurren?

La causa exacta de este problema se desconoce, pero es probable que sea consecuencia de una combinación de varios factores, como susceptibilidad genética, cambios en los circuitos neuronales o en el metabolismo y estresores psicosociales.

Recomendaciones ante una crisis de angustia.

Intentar no evitar aquellas situaciones asociadas a las crisis. La mayoría de ellas no tienen un desencadenante claro, así que no debemos dejar que el miedo nos limite.

Además, la evitación hace que este miedo aumente. Si por el contrario, nos enfrentamos a él, poco a poco desaparecerá y nos sentiremos con más recursos personales para afrontar los ataques.

Ante una crisis, intentar ser conscientes de que son muy molestas y desagradables, pero no son peligrosas.

A pesar de tener la sensación de que nos va a dar un infarto, esto no va a suceder. Esta información puede sernos muy útil para transitar mejor estos episodios porque muchos de los pensamientos catastróficos que pueden aparecer en las crisis, contribuyen a que éstas duren más tiempo e intensifiquen su clínica.



comorbilidad psiquiátrica, estaría indicado iniciar tratamiento farmacológico con generalmente antidepresivos y/o tratamiento psicológico en función del estado clínico y las preferencias del paciente. Las benzodicepinas suelen utilizarse al inicio del tratamiento hasta que la medicación antidepresiva o la terapia psicológica ayudan a controlar las crisis, para posteriormente dejarlas únicamente de rescate, dado que usadas a largo plazo pueden producir dependencia y tolerancia, entre otros efectos secundarios. Si se prescriben a largo plazo, hay que hacer un estrecho seguimiento. Los antidepresivos más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Otros fármacos que pueden utilizarse son los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos y algunos antiepilépticos como la pregabalina. El objetivo del tratamiento farmacológico es prevenir las crisis, lo cual tiene consecuencias beneficiosas como disminuir la ansiedad anticipatoria, mejorar la autoconfianza y la evitación fóbica, mejorar la clínica depresiva acompañante y el funcionamiento global.

Dentro de los tratamientos psicológicos existen diferentes enfoques, como el tratamiento cognitivo conductual (TCC) y el tratamiento psicodinámico. El TCC utiliza técnicas como psicoeducación, exposición a los síntomas o situaciones, reestructuración cognitiva, técnicas de respiración, relajación y de manejo del pánico. La TCC puede ser más eficaz que la medicación en la prevención de recaídas.

Unos buenos hábitos de descanso, de alimentación, libres de consumo de tóxicos y la realización de actividades para nosotros placenteras, contribuirán a nuestro bienestar emocional y a sentirnos cada vez más relajados.

Mantener una actitud de lucha o de intento de control de la crisis, aumenta aún más nuestra angustia al intentar dominar algo que no está bajo nuestro dominio. Simplemente deberemos dejar pasar la crisis, sin resistencia, aceptándola y así conseguiremos que pase antes y en unos minutos ya estaremos mucho mejor.

Algunos de los síntomas de las crisis de angustia son debidos a la respiración acelerada y superficial que se sufre durante las mismas. Esto hace eliminar mucho CO₂ del cuerpo y esa hipocapnia origina cambios en el pH sanguíneo y alteraciones en el balance del ión calcio. A través de este mecanismo puede producir mareo y parestesias (comúnmente llamados hormigueos) en sobretodo manos y

pies, pero también en zona peribucal, brazos y piernas. Por eso ante una crisis es fundamental intentar respirar de forma más lenta. Consultar con su médico de familia permitirá, tras la elaboración de la historia clínica y la exploración física, realizar un correcto diagnóstico e instaurar un tratamiento adecuado y/o en su caso derivar a un especialista de salud mental.

¿Cómo puede tratarse?

Ante una crisis de angustia grave, si otras técnicas de relajación fallan, pueden utilizarse benzodicepinas para un rápido control de las mismas. Si las crisis son frecuentes, existe gran ansiedad entre una y otra por miedo a que se repitan y conductas evitativas o



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones

Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com



Depresión postparto, la depresión sonriente

M^a Estela Viñuales Luis. Médico psiquiatra CRP Santo Cristo de los Milagros (Huesca)
Catalina Bestué Felipe. Médico psiquiatra Hospital de Día de Psiquiatría Tudela
María Ángeles Checa Díez. Matrona CS Arrabal (Zaragoza)

La depresión postparto es un trastorno del estado del ánimo en el que predomina la tristeza y que afecta a un 15% de las mujeres que acaban de ser madres. Puede tener importantes consecuencias tanto en las pacientes como en los bebés, pudiendo llegar a alterar el desarrollo emocional de los pequeños y el vínculo entre ambos, ya que las mamás tienden a interaccionar menos con ellos. No obstante existen tratamientos muy eficaces que alivian y resuelven el malestar emocional de estas madres, por lo que es importante pedir ayuda médica en cuanto se percibe necesidad para ello.

¿Por qué se le llama "depresión sonriente"?

La expectativa generada socialmente de felicidad ante la maternidad, dificulta la expresión de los sentimientos de tristeza y abatimiento en las pacientes deprimidas. Se tiende a mostrar de cara a la galería, un falso sentimiento de alegría. Estas mujeres pueden sentirse culpables por cómo viven estos momentos, incluso llegar a pensar que son "malas madres". En muchas ocasiones, no entienden lo que les ocurre y se retrasa la búsqueda de ayuda médica.

¿Cómo identificar una posible depresión postparto?

Es un trastorno del humor que generalmente comienza dentro de las cuatro semanas que siguen al parto o incluso antes, durante el embarazo. En ocasiones la aparición es más tardía, demorándose varios meses. Pueden experimentarse sentimientos de tristeza, ansiedad, irritabilidad, disminución de la capacidad de disfrutar, cansancio, dificultades para conciliar el sueño, cambios en los hábitos alimentarios como falta de apetito o descontrol en la ingesta, sentimientos de baja autoestima, de culpa y de incapacidad para la crianza, pensamientos negativos a veces muy intensos, llegando a producir ideas de suicidio. Otras veces miedo intenso a que le ocurra algo malo al bebé, con recurrentes visitas al pediatra, o incluso miedo obsesivo de perder el control y dañar ellas mismas a su hijo. El aislamiento social, otro síntoma de la depresión, contribuye a empeorarla aún más. Se diferencia del "baby blues", un episodio transitorio de tristeza que aparece en el 30-75% de las mujeres en las dos primeras semanas del puerperio, en su mayor intensidad y duración. Sin tratamiento, la depresión es un trastorno que puede cronificarse o complicarse.

¿Por qué se produce la depresión postparto?

Son múltiples elementos los que pueden favorecer la depresión, desde biológicos, como la predisposición genética o cambios hormonales propios del postparto, psicológicos como el perfeccionismo o determinadas expectativas sobre cómo se recuperará nuestro cuerpo o cómo será vivir la maternidad, hasta sociales, como falta de apoyo y soledad.

El estrés materno producido por un parto traumático, prematuro, enfermedades y hospitalización del bebé, o tratarse de un embarazo no deseado, son circunstancias que también incrementan el riesgo para padecer depresión postparto.

Es interesante descartar problemas de tiroides o anemia que podrían dar una clínica parecida o agravar cuadros depresivos preexistentes. La probabilidad de padecer una depresión postparto es mayor si existen antecedentes familiares o personales de depresión.

¿Puede prevenirse una depresión postparto?

Existen varios factores que favorecen un mejor estado de ánimo como son una alimentación adecuada, algo de ejercicio físico, intentar descansar lo máximo posible y contar con apoyo familiar, una buena red social y

acudir a grupos con otras mamás (de crianza, lactancia o de otro tipo).

Un cambio en las expectativas desmitificando la maternidad, favorecería una mejor adaptación a esta nueva etapa de la vida. Por ejemplo, en la publicidad se suele mostrar una vivencia idílica, de cuerpos perfectos tras el parto y madres todoterreno que logran combinar vida personal con actividad laboral a los pocos meses de dar a luz, como si nada hubiera cambiado. Menores niveles de autoexigencia ayudarían a disminuir el estrés y el sufrimiento y a facilitar la adopción del nuevo rol como madre de forma más compasiva con una misma.

¿Cómo puede tratarse un episodio depresivo en el postparto?

Es importante en primer lugar, compartir y comentar lo que nos está ocurriendo con alguien de confianza (familiares, amigos...) y con algún profesional de la salud que nos resulte más cercano, como la matrona o el médico de familia, que puede ayudarnos con una orientación inicial. Si es necesario, se derivará a un profesional de la salud mental, habitualmente un psiquiatra, que realizará una evaluación y

tras un correcto diagnóstico, iniciará la terapia más adecuada.

En cuadros muy iniciales, puede ser suficiente con mejorar el sueño para que el ánimo se normalice, y/o aumentar el apoyo a esa madre para la crianza por parte de los familiares o amigos más próximos. En la actualidad existen múltiples tratamientos farmacológicos eficaces y seguros, tanto para la madre como para el bebé lactante. Dependerá de la gravedad del cuadro depresivo la elección de uno u otro o la combinación de varios de ellos. Los fármacos más conocidos y utilizados son los antidepresivos, aunque también pueden prescribirse otros, como los ansiolíticos, los eutimizantes y los antipsicóticos. El tratamiento psicológico puede combinarse con el tratamiento médico y en los casos leves puede utilizarse como única opción. En los cuadros más graves puede ser necesario un ingreso hospitalario.

Suele resultar beneficioso tanto para la madre como para el bebé intentar mantener la lactancia materna si así lo desea la mamá. En los casos en los que la mamá desee continuar con la lactancia materna pero se sienta agobiada con la misma, o cuando tenga dudas sobre

que hacer, la lactancia mixta puede ser una buena opción. Son múltiples los beneficios conocidos de la lactancia materna para ambos, y en este caso resulta también favorecedor. Se han relacionado los destetes precoces con mayor frecuencia de depresión posparto.

Recomendaciones al entorno social de una madre con una posible depresión postparto

Los familiares y amigos que conocen el sufrimiento de esa madre, intentan ayudarla como mejor saben. Es importante comprender que la tristeza no es algo que la paciente pueda controlar, por lo que consejos del tipo "tienes que poner de tu parte" frecuentemente aumentan el sentimiento de culpa de esas mujeres por no poder sentirse mejor. La escucha empática, intentando comprenderla sin juzgar suele ser de gran ayuda. Apoyarla para que su energía vital pueda dedicarla al bebé y a ella misma y sean otros los que se encarguen de las tareas domésticas, resulta muy favorable. Y sobretodo, ante una posible depresión sin diagnosticar, animarla a pedir ayuda médica.

PubliSic ESTUDIO DE COMUNICACIÓN

30 años asesorando a empresas vinculadas con la salud de las personas

gota a gota
cumplimos
los objetivos

liderazgo

planificación

estrategia

gestión

venta

calidad

acciones

marca

Alfredo Erroz (COMUNICACIÓN'86 IESE'05 ESIC'06) | M 695 480 160 | www.publisic.com
ZARAGOZA: Padre Consolación, 19 | PAMPLONA: Benjamín de Tudela, 35



¿Es necesario realizar una valoración nutricional de los pacientes al ingreso hospitalario?

Mónica Zamora Elson. Especialista en Medicina Intensiva. Facultativo de la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Barbastro de Huesca.

Isabel Garrido Ramirez de Arellano. Especialista en Medicina Intensiva. Facultativo de la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Barbastro de Huesca

Aurora Carrasquer Puyal. Especialista en Cirugía general. Facultativo de la unidad de Cirugía del Hospital Barbastro de Huesca

José Luis Pallares Segura. Especialista en Cirugía general. Facultativo de la unidad de Cirugía del Hospital Barbastro de Huesca

Cuando un paciente ingresa en el Hospital no se suele hacer una valoración nutricional (sin tener en cuenta, la enfermedad por la cual precisa ingreso hospitalario).

¿Por qué es tan importante realizar esta valoración?

Porque el estado nutricional de los pacientes al ingreso, pueden condicionar e influir en la evolución de estos.

Es necesario realizar una evaluación completa de los pacientes cuando ingresan en un hospital, sobre todo en aquellos que presentan patologías crónicas. Y también durante su ingreso, si este es prologando.

La malnutrición de los pacientes se considera un factor independiente de mal pronóstico, que condiciona mayor mortalidad, estancia hospitalaria más prolongada, mayor tasa de infecciones y por lo tanto aumento de costes. Las enfermedades sobre todo las agudas se asocian a pérdida muscular y debilidad progresiva debido a un estado de inflamación ligado a la enfermedad (mayor cuanto más grave es), y esto condiciona mayor consumo de calorías y proteínas y por esto mayor riesgo de malnutrición. La malnutrición condiciona mayor morbilidad y mayor estado de inflamación, produciendo un círculo vicioso.

¿En que pacientes debo realizar una valoración nutricional?

Se debe realizar en todos. Con una adecuada valoración nutricional al ingreso en primer lugar identificaremos los pacientes malnutridos o en peligro de desarrollar malnutrición durante su ingreso hospitalario.

Los pacientes con mayor riesgo son los siguientes: ayuno previo de 7-10 días severo, alcoholismo crónico, postoperados de cirugía abdominal, conocer si existe pérdida de peso mayor del 10% en los dos últimos meses, si han precisado fluidoterapia intravenosa prolongada, anorexia nerviosa o pacientes oncológicos o con enfermedades crónicas graves.

¿Cómo podemos realizar esta valoración nutricional?

Disponemos de diferentes herramientas como son:

1. La medición de variables antropométricas: peso y la altura y el cálculo del índice de masa corporal.
2. Determinados biomarcadores bioquímicos como son la albúmina y la prealbumina.
3. Escalas como Mini Nutritional Assessment (MNA), diseñado para la población anciana, el NRS-2002 (Nutritional Risk Screening), que es una escala subjetiva como lo es la Valoración Subjetiva Global (VSG), diseñado para pacientes que iban a ser sometidos a cirugía digestiva, o el Control Nutricional (Connut) que mide parámetros bioquímicos (como son la albúmina, los linfocitos totales y el colesterol). Para pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos, se ha desarrollado un Score llamado Nutrition Risk in Critically ill (Nutric Score).
4. Métodos cuantitativos: Hay métodos que nos permiten cuantificar de forma objetiva la pérdida de masa muscular como son: la Resonancia magnética (RM), la Tomografía Computerizada (CT) o los Ultrasonidos (ecografía), que nos permite medir la cantidad

de grasa y músculo que tiene el paciente.

¿Cuál es el futuro de la valoración nutricional?

Sin duda pasa por la realización de métodos cuantitativos. La RM tiene excelente resolución de imágenes, es el método más seguro para determinar la composición corporal de manera específica, medir el tejido adiposo total, regional y el del músculo-esquelético y órganos viscerales, tanto en cantidad como en calidad ("gold standard" o prueba oro). Su uso clínico está limitado por su alto coste y necesidad de expertos para su interpretación. En pacientes obesos su uso es muy difícil. El TC es seguro en cuanto a medidas cuantitativas y cualitativas, especialmente en tejido adiposo regional y total y en tejido músculo-esquelético, ya que identifica a los pacientes de baja muscularidad realizando el cálculo del área de sección transversal muscular. Nos permite hacer diferentes cortes transversales pero, sobre todo se puede comparar con las imágenes realizadas retrospectivamente por otros motivos (por otras patologías estudiadas mediante TC). Su mayor desventaja son las dosis altas de radiación. También tiene alto coste y

no puede realizarse en pacientes obesos. La ecografía es un método fiable, rápido y puede realizarse en la cabecera del paciente, tiene bajo coste, y es reproducible, constituyendo un método fiable en las medidas del tejido adiposo subcutáneo y visceral, así como en la medidas del músculo esquelético, permitiendo identificar a los pacientes con baja cantidad de músculo. Su principal inconveniente es que no existen protocolos para su determinación que permita identificar y predecir la falta de pérdida muscular, ver que pacientes están en riesgo de malnutrición así como monitorizar la respuesta al soporte nutritivo, la fisioterapia y/o rehabilitación.

Conclusiones

El estado nutricional de los pacientes al ingreso hospitalario es importante, y sobre todo el detectar pacientes con mayor riesgo de desnutrición para iniciar de forma adecuada el soporte nutricional adecuado. Existen varios métodos para valorar el estado nutricional de los pacientes, lo más fiables son los métodos de imagen con la RMN o el TAC, su principal inconveniente es su coste y su falta de disponibilidad.



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

.....

- Revista escrita por los médicos y profesional sanitario de Aragón.
- Distribución de 10.000 ejemplares en los Centros de Salud y Hospitales de Aragón.
- El pdf de la revista lo reciben 2.000 suscriptores + Colegios Oficiales, Sociedades, Fundaciones y Asociaciones de Aragón vinculados con la medicina y la salud.
- La página web **www.zonahospitalaria.com**, según Google Analytics, superó en el mes de junio los 170.000 usuarios/mes) con más de 1.600 artículos publicados.

Solicita tarifas: aragon@zonahospitalaria.com **T 948 276 445**



Estrategias para vencer el insomnio

Natalia Formento Marín. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

María Plumed Tejero. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Daniel Martín Bernad. R2 Enfermería Familiar y Comunitaria

Sara Viadas Núñez. R1 Enfermería Familiar y Comunitaria

¿Tiene problemas para dormir? No es el único, se calcula que unos 12 millones de españoles sufren algún trastorno relacionado con el sueño, y es que una cuarta parte de la población lo sufre.

Se define el insomnio, como la sensación subjetiva de malestar respecto a la duración o cantidad del sueño, afectando negativamente a la actividad cotidiana de la persona. Cuando no se duerme la cantidad de horas necesarias, se altera el sistema nervioso, dando lugar a irritabilidad, alteraciones del carácter, disminución de la concentración y el rendimiento en la elaboración de tareas, perjudicando aspectos psicosociales del día a día de la persona. Debemos saber que el sueño es una conducta modificable y que hay que tener unas expectativas de sueño realistas ya que el tiempo de sueño disminuye con la edad. A pesar de ello, hay una serie de intervenciones que podemos llevar a cabo para mejorar nuestro descanso.

Higiene del sueño

En primer lugar, debemos hablar de la higiene del sueño. Se trata de un procedimiento para educarnos o re-educarnos para lograr hábitos de sueño más adecuados.

Estas son algunas de las pautas a seguir:

- Evitar tomar té, café y otras bebidas con cafeína por lo menos 6 horas antes de dormir.

- Evitar fumar e ingerir alcohol 2-3 horas antes de acostarse.

- El ejercicio físico diario favorece el sueño, aunque no es aconsejable realizar ejercicio físico en exceso pocas horas antes de irse a la cama, programar una reducción de actividad antes de acostarse.

- Evitar la ingesta excesiva de líquidos o comidas pesadas por la noche,

- No vaya a la cama con hambre, sed...

- Si se despierta por la noche, no se recomienda comer, ya que podría acondicionar a su cuerpo a este hábito.

- Controlar las condiciones ambientales, mantener un entorno silencioso, oscuro, seguro, confortable y con una temperatura agradable.

- Evitar utilizar colchones muy duros.

- Evitar/reducir las siestas, aunque un día no duerma bien.

- Retire el despertador de la habitación, para evitar estar pendiente de la hora y reducir ansiedad.

Otro de los aspectos a tener en cuenta es el control de estímulos, esto consiste en establecer una asociación entre los estímulos presentes en el lugar de descanso y la generación de sueño. Estas son algunas de las pautas:

- Ir a la cama solo cuando sienta sueño.

- Establecer una serie de conductas rutinarias que indiquen la proximidad a la hora de dormir (tomar un vaso de leche, leer un libro, lavarse los dientes, etc.)

- Si a los 15-20 minutos no concilia el sueño,

salga de la cama y el dormitorio y realice alguna actividad tranquila, en el momento que empiece a sentirse adormecido regrese a la cama.

- Mantenga un horario regular de sueño, levantándose y acostándose a la misma hora.

- No utilice la cama para actividades como ver la TV, hablar por teléfono, comer, etc.

La realización de técnicas de relajación habitualmente son útiles para ayudarnos a controlar nuestras emociones y estados fisiológicos y favorecer el descanso. Técnicas como la respiración abdominal, la relajación progresiva, la visualización, el mindfulness o la desactivación cognitiva son efectivas.

Respecto al tratamiento farmacológico, en algunos casos puede ser necesario cuando las medidas mencionadas anteriormente no han funcionado una vez puestas en práctica.

Ante el consumo de benzodicepinas, el grupo farmacológico más utilizado, se recomienda que su uso se restrinja al insomnio agudo, con la dosis más baja posible y no más allá de 2 a 4 semanas de duración. En la prescripción de hipnóticos los pacientes deben ser informados por su médico de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios, incluyendo los problemas de dependencia y tolerancia asociados a su uso. En las personas mayores, es importante valorar el riesgo-beneficio de la prescripción de este tipo de fármacos antes de recurrir a ellos.



El papel de la alimentación en mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)



Irene Lezcano Sánchez
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARAOO263

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino-metabólico que afecta entre un 5 y un 10% de mujeres en edad fértil. Se caracteriza por hiperandrogenismo e irregularidad menstrual. Los síntomas más frecuentes son el acné, oscurecimiento de la piel en algunas zonas, quistes en los ovarios y la anovulación. La obesidad, sobretudo en la zona abdominal y la resistencia a la insulina aparecen con mayor frecuencia en mujeres con SOP.

Generalmente, este síndrome se produce cuando los ovarios producen un exceso de testosterona (hormona sexual masculina). Los ovarios en estado normal producen pequeñas cantidades de esta hormona. Sin embargo, cuando una hormona llamada LH (hormona luteinizante) o los niveles de insulina se encuentran muy elevados, se produce este exceso de testosterona.

Como se ha mencionado, muchas mujeres presentan resistencia a la insulina, por lo cual el páncreas tiene que sintetizar mayor cantidad de esta hormona, y por lo tanto hay

un aumento en sangre. Como consecuencia los ovarios producen mayor cantidad de testosterona.

SOP y obesidad

Las intervenciones en el estilo de vida son recomendadas como la primera línea de tratamiento en mujeres con SOP, ya que mejora la sintomatología de esta patología y evita problemas de salud relacionados.

- Las mujeres con obesidad tienen más probabilidades de desarrollar SOP, por lo que mantener un peso adecuado sería un factor protector.
- En el caso de tener sobrepeso u obesidad, reducir el porcentaje de masa grasa produce mejoras en la resistencia a la insulina y una disminución de la testosterona libre en plasma, mejorando así la sintomatología. Además, se busca la pérdida de grasa a nivel abdominal, ya que la acumulación de grasa en esta zona influye en la acción de la insulina.
- Independientemente de la composición en los macronutrientes se observan beneficios con una restricción calórica. No obstante, se han estudiado diferentes composiciones en los macronutrientes y, a pesar de haber

resultados contradictorios, se han observado mejoras en los parámetros metabólicos en dietas bajas en hidratos de carbono, altas en proteína y con un índice glucémico bajo comparado con otro tipo de dietas (altas en hidratos de carbono refinados, con un alto índice glucémico y bajos en fibra). Priorizando que las fuentes de hidratos de carbono provengan de verduras, frutas, legumbres o tubérculos en lugar de cereales, sobre todo aquellos refinados.

- También se puede valorar la suplementación con inositol ya que se ha demostrado que mejora la sensibilidad a la insulina en mujeres con SOP.
- Hay líneas de investigación en cuanto al consumo de ácidos grasos omega-3 pero la evidencia es más limitada.
- Por último, la práctica regular de actividad física ha demostrado mejorar los parámetros metabólicos, así como la pérdida de grasa. A modo de conclusión, el cambio en los estilos de vida contribuirá a mejorar los síntomas de este síndrome por lo que la ayuda de un Dietista-Nutricionista favorecerá en la implantación y en la adherencia de dichos cambios.

¿Cómo es el día a día de un paciente en la UCI?

Isabel Garrido Ramírez de Arellano y Mónica Zamora Elson.

FEA Medicina Intensiva. Hospital de Barbastro. Huesca

Aurora Carrasquer Puyal y José Luis Pallarés Segura.

FEA Cirugía General. Hospital de Barbastro. Huesca

La Unidad de Cuidados Intensivos es un área del hospital donde ingresan los pacientes en situación crítica y que precisan tratamiento, vigilancia y cuidados específicos continuados.

Desde que el paciente ingresa hasta que es dado de alta, pasa por diferentes situaciones que afectan a sus actividades de la vida diaria. Muchas veces es necesario el apoyo y colaboración de los familiares para ayudar proporcionar los mejores cuidados a la persona ingresada.

Son múltiples las dudas que tienes tanto los familiares como los propios pacientes sobre como transcurre el día a día. Dudas que ahora vamos a intentar resolver.

¿Cómo respira?

Prácticamente todos los pacientes ingresados en la UCI precisan aporte suplementario de oxígeno. Este aporte se puede realizar de varias maneras y dependerá de la gravedad de su situación respiratoria. Si es leve, podrá llevarlo tan sólo con unas "gafas nasales" o una mascarilla conectadas al oxígeno de la pared. Si es más grave, podrá necesitar una ventilación no invasiva con una mascarilla conectada a un ventilador. El paso de una forma de respirar a otra dependerá del estado del paciente. Inicialmente puede necesitar el ventilador de

manera continua y, cuando mejora, iniciar la retirada del mismo de forma progresiva.

¿Puede comer y beber?

Si su familiar está dormido no podrá comer ni beber por vía oral. En estos casos suelen llevar una sonda a través de la nariz hasta el estómago por donde se le administra nutrición y agua. En otros casos se le infunde una nutrición especial por una vía endovenosa.

Si el paciente está despierto pero lleva ventilación no invasiva, puede comer y beber cantidades pequeñas en los periodos de descanso, siempre y cuando no esté contraindicado.

Si está despierto pero lleva traqueotomía, es posible que pueda comer alimentos triturados y de textura pastosa para evitar que se atragante.

Es habitual que los pacientes refieran tener sensación de sed. Para mejorar esa sensación, se les moja los labios con una gasa empapada en agua.

Eliminación urinaria y fecal

Mientras el paciente esté ingresado, lo más probable es que lleve una sonda vesical para controlar la cantidad de orina. Es frecuente que, debido a la inmovilidad, la ventilación y la cantidad de sueros, retenga líquidos y esté más hinchado. Por eso es importante controlar la cantidad de líquidos que bebe.

Debido a la inmovilización, normalmente los primeros días, el paciente puede sufrir estreñimiento. Por ello, es frecuente que se le administren laxantes. Por el contrario, debido al efecto de algunos medicamentos puede aparecer diarrea y, en algunos casos, es preciso colocar una sonda que recoja las heces.

¿Tiene dolor?

En la UCI, la enfermería realiza en cada turno la evaluación del dolor que pueda tener el paciente con una serie de escalas. En base a esta evaluación, se le administra la medicación que precisa para su mayor confort. Este tratamiento se puede administrar de forma continua las 24 horas, bien por vía endovenosa o epidural (en algunos pacientes operados), o de manera puntual en forma de "bolos". Puede estar incómodo por la monitorización, por estar encamado, por el tubo orotraqueal, las vías u otros drenajes o catéteres, pero habitualmente en la unidad se tiene muy en cuenta el adecuado manejo del dolor.

Movilización y rehabilitación

Cuando un paciente está ingresado en la UCI, el personal asistencial se encarga de movilizarlo con la finalidad de evitar úlceras en la piel y proporcionarle confort. Por eso es posible que durante las visitas se encuentre al paciente colocado en diferentes posiciones



alternando un lado y otro. Además, es frecuente que durante el ingreso vaya perdiendo tono y masa muscular debido principalmente a la inmovilidad y a la situación de estrés. Para prevenirlo, se realiza fisioterapia tanto respiratoria como motora.

Reposo y sueño

Normalmente el ritmo de trabajo en la UCI es similar durante el día y la noche. Esto hace que, debido a las luces encendidas y ruido ambiental, el descanso de los pacientes no sea el adecuado y del todo confortable, alternado su ciclo sueño-vigilia. Debido a esto, es frecuente que durante la estancia en la UCI pueda aparecer en el paciente un estado temporal de confusión y desorientación llamado "delirio". Hay medicación para ello, pero fundamentalmente suele desaparecer cuando el paciente es dado de alta a la planta.

Cuidados e higiene personal

De forma diaria, el equipo asistencia realiza los cuidados de higiene personal a cada paciente.

Control y mantenimiento de la temperatura

Es importante mantener la temperatura corporal del paciente dentro de los límites nor-

males. Según la enfermedad que tenga, pueden aparecer cambios en su temperatura, de manera que sea preciso que esté más o menos tapado o incluso que necesite compresas de agua fría o aparatos (mantas de aire caliente o fría) que ayuden a mantener la temperatura de forma correcta.

Prevenir riesgos

Conforme el paciente se va despertando es probable que no se acuerde de donde está y se ponga nervioso. La retirada de los fármacos sedantes, la falta de sueño y la pérdida de la noción del tiempo son factores que predisponen a la confusión y a la desorientación. Para prevenirlas es importante que durante las visitas se le recuerde donde está y lo reoriente en el tiempo. Como complemento se le puede llevar un reloj, un calendario, fotos o dibujos. A pesar de estas medidas puede que siga desorientado e incluso, a veces, que no reconozca a sus propios familiares. Si este es el caso, se intenta reorientarlo hablando con él y mantenerlo tranquilo con medicamentos. Si a pesar de estas medidas sigue inquieto y confuso, se valora la necesidad de colocar contenciones mecánicas para prevenir que se autolesione.

Evitar contagios

Es muy importante evitar que, tanto el pa-

ciente como sus familiares, se contagien entre ellos. Por eso hay que recordar que siempre, al entrar y salir de la habitación, el familiar debe aplicarse alcohol de higiene de manos. Es la medida más importante para prevenir la transmisión.

Hay otras situaciones en las que, según el microorganismo responsable de la infección, el paciente requiere alguna medida especial de protección. En estos casos, el personal de la UCI explica a los familiares lo que deben hacer.

¿Cómo se puede comunicar?

Si el paciente se encuentra despierto pero intubado, no podrá hablar y puede resultar difícil comunicarse con él. Hay que tener paciencia e intentar formularle preguntas sencillas y que pueda responder con un "SI" o un "NO".

Como alternativa, siempre que el paciente esté despierto, se puede disponer de paneles de comunicación con viñetas y un abecedario para facilitar el entendimiento.

Ocio y diversión

Si el paciente está despierto se le puede proporcionar una radio, el periódico, un libro o alguna revista que sea de su agrado para hacer más llevadera la estancia en UCI.

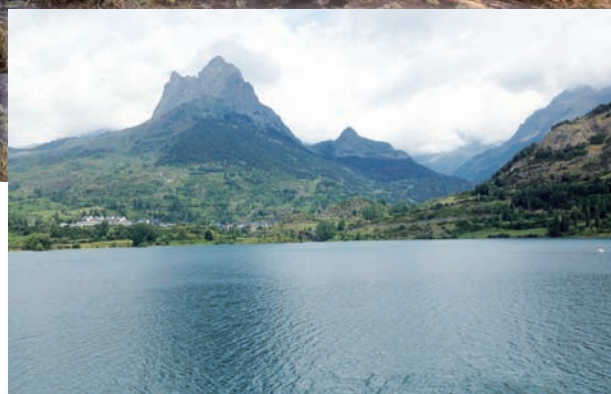
medicina salud
zonahospitalaria

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[®]
Helly Hansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



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

www.lapuertaverdepanticosa.com