

ACTAS DEL

**IV CONGRESO INTERNACIONAL
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



VOLUMEN II

Comps.

**José Jesús Gázquez Linares
María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez**

**Actas del IV Congreso Internacional
en Contextos Clínicos y de la Salud
Volumen II**

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

**José Jesús Gázquez Linares
María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen II”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9975-8

Depósito Legal: AL 381-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGÍAS

PACIENTES CON RIESGO DE PERITONITIS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA	13
LIDIA ORTIZ BORRALLO, PAULA GOMEZ CARMONA, CRISTINA DÍAZ MORA	
DESHABITUACIÓN TABÁQUICA Y PATOLOGÍA AUDITIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	14
ANA RUIZ OCAÑA, MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ NÁGERA, MACARENA RUS DIAZ	
ASPECTOS PRINCIPALES SOBRE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.....	15
MARIA LUISA GONZALEZ DELGADO	
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO	16
PATRICIA MENACHO ORTEGA, ISABEL MARIA CHACON CARRASCO, ESPERANZA CAÑADILLAS GONZÁLEZ	
ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DEL SÍNCOPE: MEDIDAS EXTRAHOSPITALARIAS A ADOPTAR	17
ESTER NUÑEZ POLAINA, CARMEN HERRERA ARQUILLO, FRANCISCA GOMEZ GUIRAO	
ANÁLISIS DE LA ETIOLOGÍA DEL FENÓMENO DE RAYNAUD.....	18
JUANA OLAYA GARRIDO, CRISTINA BEATRIZ MONTESINOS OLAYA, MARÍA MONTESINOS OLAYA	
INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA	19
ROCIO INMACULADA SANCHEZ MARTIN, NURIA INFANTE CHACÓN, ROSA LIDIA ESCALONA PRIETO	
FACTORES DE RIESGO EN EL CÁNCER DE ENDOMETRIO	20
MARTA PEREZ DIONISIO, ENCARNACION TIRADO HERRERA, ROCIO MUÑOZ MARTIN	
ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD DE CROHN.....	21
CRISTINA BEATRIZ MONTESINOS OLAYA, JUANA OLAYA GARRIDO, MARÍA MONTESINOS OLAYA	
FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESQUIZOFRENIA	22
JUANA OLAYA GARRIDO, CRISTINA BEATRIZ MONTESINOS OLAYA, MARÍA MONTESINOS OLAYA	

FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA DE GÉNERO A TENER EN CUENTA POR EL ENFERMERO.....	23
MARIA DEL CARMEN RUIZ-HENESTROSA NIÑO, SUSANA AYLLÓN BELTRÁN, SILVIA BARBERI GARCÍA	
ANÁLISIS SOBRE LA ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO	24
AGUEDA MARIA HERNANDEZ ROMERO, MARÍA DOLORES VÁZQUEZ SÁNCHEZ, ANA MARIA SANCHEZ NAVARRO	
EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA PREVENIR O DISMINUIR EL RIESGO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.....	25
PATRICIA SUÁREZ LÓPEZ, MARIA INMACULADA VILLENA RODRIGUEZ, PAULA CENTENO HITA	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON HEMOFILIA	26
LUISA MARIA CARDENAS GARCIA, DOLORES LARA GANDUL, ISABEL MORAL ROSA	
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA	27
LAURA FERNANDEZ ALAMEDA, CRISTINA FERNÁNDEZ ALAMEDA, MARIA NAZARET LOPEZ ZAMORA	
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE LA ARTROSIS	28
RUBÉN ANTONIO GARCÍA LARA, NORA SULEIMAN MARTOS, GRACIA AURORA MARTÍN HURTADO	
ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DEL ALZEHIMER	29
ALBERTO FERNÁNDEZ MEDINA, ALICIA MÁRQUEZ PÉREZ, TOMAS BAYO CANO	
PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN ...	30
LEONOR RUS SALAZAR, ROCIO INFANTES AGEA, CRISTINA ALDARIAS RUIZ	
FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN POSPARTO	31
ESTELA MARÍA LOMAS MUÑOZ, CONCEPCIÓN CASTILLO MANZANO, SILVIA GODOY PASTOR	
FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS.....	32
ROCIO MUÑOZ MARTIN, MARTA PEREZ DIONISIO, ENCARNACION TIRADO HERRERA	
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE FLEBITIS.....	33

ROCIO MUÑOZ MARTIN, ENCARNACION TIRADO HERRERA, MARTA PEREZ
DIONISIO

**ANÁLISIS SOBRE LOS FACTORES INFLUYENTES EN LA ESTANCIA
HOSPITALARIA POR EMBOLIA PULMONAR34**

ANA MARIA MOLINA RODRIGUEZ, FRANCISCA MARTIN LOPEZ, CRISTINA RUIZ
ALVAREZ

**PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS
INSTITUCIONALIZADAS35**

NOELIA VICO OLMO, EMILIO LUPIAÑEZ GARCIA, MANUEL RODRIGUEZ ALVAREZ

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE36

MARIA MANUELA LOPEZ MONTORO, ANA BELÉN GUZMÁN DÍAZ, BEATRIZ
MARIA DIAZ MARIN

FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL.....37

MARIA MANUELA LOPEZ MONTORO, BEATRIZ MARIA DIAZ MARIN, JULIA YERA
CALVENTE

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL38

ANTONIA MARIA VICO DIAZ, MARIA MANUELA LOPEZ MONTORO, MARÍA
EUGENIA MOLINA GUZMÁN

SIMILITUDES FARINGITIS VS MONONUCLEOSIS Y DIAGNÓSTICO39

MARÍA DE LA CABEZA MOLINA CASTILLO, MARIA ELENA GARCÍA CHECA, LUISA
MARIA RUS VALERO

**IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN LA CONSULTA DE
ALERGOLOGÍA40**

PAULA LORENTE OTIN, ROSARIO TORRES SALMERÓN, MATILDE IZQUIERDO
RODRIGUEZ

FACTORES DE RIESGO PARA READMISIONES HOSPITALARIAS POR ASMA41

EVA MARIA LÓPEZ TRUJILLO, SANDRA IBAÑEZ SOLIS, VIRGINIA MILLAN
ARAGON

CASO DE DISNEA E INFECCIÓN RESPIRATORIA42

ESTER DELGADO DELGADO, FRANCISCO JAVIER GALVÁN JURADO, ANA MARÍA
GAMEZ CAMPOS

**CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EN
EL PACIENTE CON ACCIDENTES CEREBROVASCULAR43**

DULCENOMBRE EXPÓSITO ESPINOSA, SERGIO RODRIGUEZ BONACHERA,
MONTSERRAT TIRADO SANCHEZ, MARÍA SOFÍA MAÑAS ARCO

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO	44
VERÓNICA EXPÓSITO ESPINOSA, SERGIO RODRIGUEZ BONACHERA, MONTSERRAT TIRADO SANCHEZ, MARÍA SOFÍA MAÑAS ARCO	
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME METABÓLICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO	45
MARIA DEL CARMEN BADIA GÓMEZ, JOSE LUIS AGUILERA DEL CORRAL, ANA ROCIO OCON ALBA	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE ULISES: ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE DEL INMIGRANTE.....	46
SARA GONZÁLEZ-NICOLÁS LEAL, IRACHE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MARIA INMACULADA VERGARA GOMEZ, NURIA MORCILLO LORENZO	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL	47
MARIA ALDARA LOPEZ GAMERO, JUAN JOSE LOPEZ GUILLEN, MARIA SOLEDAD GAMERO ORTEGA	
LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UN GOLPE DE CALOR.....	48
MARIA ALDARA LOPEZ GAMERO, JUAN JOSE LOPEZ GUILLEN, MARIA SOLEDAD GAMERO ORTEGA	
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO	49
PALOMA AGUILERA VARO, CONCEPCIÓN GONZALEZ ORUS, ANNA VÉLEZ MASSANA, MATILDE GÓMEZ GOMEZ, NURIA MORAL ALGABA, ROSARIO MEDINA PERALTA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CETOACIDOSIS METABÓLICA	50
MARIA JESUS TUNEZ MURCIA, CANDIDO CALIZ JIMENEZ, ALICIA LOPEZ MENDEZ	
DOLOR ARTICULAR Y MALESTAR GENERAL EN PACIENTE TRASPLANTADO ...	51
MIGUEL ANGEL GONZÁLEZ GAGO, MARIA DE LOS ANGELES MARQUEZ SANCHEZ, SONIA PULIDO GONZALEZ, MARIA CANDIDA HERNANDEZ MARFIL, ADRIÁN RODRÍGUEZ VEGA, VERÓNICA AGUILAR CASADO	
PACIENTE CON FIEBRE Y HEMOPTISIS ACUDE A URGENCIAS.....	52
MIGUEL ANGEL GONZÁLEZ GAGO, MARIA DE LOS ANGELES MARQUEZ SANCHEZ, ADRIÁN RODRÍGUEZ VEGA, MARIA CANDIDA HERNANDEZ MARFIL, VERÓNICA AGUILAR CASADO, SONIA PULIDO GONZALEZ	
ESTREÑIMIENTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: CAUSAS QUE ENFERMERÍA DEBERÍA CONOCER	53

MARTA ZARCO MALDONADO, LIDIA ISABEL JIMENEZ ENRIQUEZ, NATALIA RODRIGUEZ GIJON	
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL ADULTO	54
CRISTINA DOMINGUEZ SANTOS, MARIA JOSE LORA MACARRO, ANA ISABEL GARCÍA LIBRERO	
COLITIS ULCEROSA: SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	55
MANUELA LIÑAN GARCÍA, M. CUSTODIA CORTÉS FERNÁNDEZ, RAQUEL CORTÉS FERNÁNDEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE URINARIO: PREVENCIÓN DE INFECCIONES	56
MARÍA MARTÍNEZ MIRALLES, LAURA PORRAS RIQUELME	
IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA CONTRACTURA CAPSULAR	57
MARÍA CARMEN ORTEGA RUS, MARIA JOSE MARQUÉS RACIONERO, MANUELA MARIA BLAZQUEZ FERNANDEZ	
DIABETES GESTACIONAL Y DIABETES MELLITUS: UN FACTOR DE RIESGO.....	58
PATRICIA GALLARDO PÉREZ, JESSICA FERRE VARGAS, MARÍA GARCIA VACAS	
EL TIEMPO COMO UN FACTOR DE RIESGO DE LA FLEBITIS EN LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS.....	59
ANA BELÉN BERNAL TORRES, ANTONIO BERNAL TORRES, ALEJANDRO RUBIO ALVAREZ	
FACTORES DE RIESGO EN EL CARCINOMA HEPATOCELULAR.....	60
CRISTINA MENA JIMENEZ, ELSA ELEUTERIA TRUJILLANO PAVON, ALBA SORIA MORENO	
FACTORES ESTRESANTES EN LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	61
JOSÉ CARLOS ROJAS FERNÁNDEZ, ESTHER ALBÍN CARRERAS, JOSÉ ANTONIO AGUDO CABALLERO	
PACIENTE EN URGENCIAS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	62
VANESA LOZANO FERNÁNDEZ, CLAUDIA RINCÓN MOLEDO, ERIKA NAVARRO RODRÍGUEZ, ISABEL PEDREGOSA GOMARIZ, LAIA RIERA CORTELL, MARIA ANGELES VIDAL ROSELL, MELISA HARO GARCÍA	
MEDIDAS PARA TRATAR DE REDUCIR LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA	63
JUAN JESUS CRUZ BARRERA, MARIA DEL PILAR GARCIA MORENO, MARÍA FRANCISCA JIMÉNEZ GARCÍA	

EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES	64
EVA MARIA ESCOBAR MOLINA, MARÍA DESEADA CRISTO BERNAL, MARIA ISABEL MANGAS MARTIN	
SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y CONTAGIO DE LA HEPATITIS C	65
MARIA ESPERANZA CASAS GARCIA, ENCARNACION BERNAL RUIZ, ROCIO CASAS GARCIA	
EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS EN NUESTROS ENFERMOS CON ENFERMEDAD VASCULAR TRANSITORIA	66
JESUS ANTONIO DELGADO GARCIA, EVA BULLER VIQUEIRA, DEBORA MARIA ORTEGA MORENO	
ESTUDIO DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2 CON HIPERTENSIÓN EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA	67
JESUS ANTONIO DELGADO GARCIA, DEBORA MARIA ORTEGA MORENO, EVA BULLER VIQUEIRA	
LA INFECCIÓN ASOCIADA AL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO	68
MARIA VELASCO SIMON, GEORGINA TRAFACH NAVARRO, MARTA MARTÍNEZ ORELLANA, ALEJANDRO LOPEZ LOPEZ, MIREIA SÁNCHEZ ESCUDERO, JOSEP MARIA RAMOS PUIG	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON FENILCETONURIA	69
JULIETA ROMERO VILLALBA, MARÍA SÁNCHEZ NAVARRO, MARINA MARTINEZ LOPEZ	
INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	70
MARIA DOLORES CARRASCO TORRES, MARIA CRISTINA GONZALEZ RAMOS, MARIA VICTORIA JURADO LUCENA	
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN ANDALUCÍA CLASIFICADO POR GRUPOS CIE10 AÑO 2016.....	71
MARIA DOLORES CARRASCO TORRES, MARIA VICTORIA JURADO LUCENA, MARIA CRISTINA GONZALEZ RAMOS	
PACIENTE CON FASCITIS PLANTAR AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	72
VIRGINIA CASTILLO ANTÚNEZ, FRANCISCO JESÚS BONILLA CASCADO, MARIA JOSÉ CASTILLO ANTÚNEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE ANCIANO	73
LUCIA GONZALEZ MARTINEZ, ANTONIO RAMON ENRIQUEZ, MARIA ALMAGRO SEGURA	
MODELO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES	74

SARA LÓPEZ DE AHUMADA AGÜERA, LORENA CALATRAVA SÁNCHEZ, JAVIER CASTRO DIAZ

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA NEUROPATÍA DIABÉTICA.....75

NOELIA HERRERIA BARRUETABEÑA, ISABEL PÉREZ ROGADO, VALVANUZ MARTINEZ GIL, MONICA BADA SAMPERIO, ESTIBALIZ ARROITAJAUREGI CAMPOS

PIE DIABÉTICO, CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES76

ROSA MARIA CALLEJA ROMAN, AMANDA CASTILLO PEREZ, SONIA REQUENA MUÑOZ

CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE LA OBESIDAD: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....77

ROCÍO PÉREZ RODRÍGUEZ, MARIA SOLEDAD BONIL CHACON, ISABEL MARIA MOLINA MARTINEZ

FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER TIROIDEO EN LOS NIÑOS.....78

ROCÍO PÉREZ RODRÍGUEZ, MARIA SOLEDAD BONIL CHACON, ISABEL MARIA MOLINA MARTINEZ

CRITERIOS DE CALIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA COLONOSCOPIA PARA TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA79

MARÍA DOLORES CÁTEDRA LOPEZ, ANGELA RUIZ QUESADA, ANA CRISTINA MARTIN PACO

EL CELADOR ANTE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES80

CAROLINA ANTÚNEZ FLORES, FRANCISCO JAVIER CASARES CERVILLA, MIGUEL ANGEL FERNANDEZ GARCIA

ACTITUD DEL CELADOR FRENTE A LA VACUNACIÓN ANTIGRI PAL81

FRANCISCO JAVIER CASARES CERVILLA, CAROLINA ANTÚNEZ FLORES, JOSE RODRIGUEZ LARA

PREVENCIÓN DEL TEMBLOR POSTANESTÉSICO: MEDIDAS FÍSICAS PARA MINIMIZAR SU APARICIÓN82

RICARDO SANCHEZ PEINADO, ROCIO PEREZ EXPOSITO, MERCEDES SANTIAGO SÁNCHEZ

ESPÓNDILOARTRITIS ASOCIADA A SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELÍACA83

ALBERTO BENAVENTE FERNÁNDEZ, SARA PÉREZ MOYANO, ALICIA MARTIN-LAGOS MALDONADO

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y FACTORES DE DIABETES.....84

MARIA DEL CARMEN RUIZ ROS, ANA MARIA LOPEZ SERRANO, MERCEDES GUERRERO PORCEL

ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	85
MARIA VICTORIA JURADO LUCENA, MARIA CRISTINA GONZALEZ RAMOS, MARIA DOLORES CARRASCO TORRES	
CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO EN LA APARICIÓN DE CARIES EN EDAD INFANTIL	86
RICARDO OLIVERA VAZQUEZ, ANA ESTHER GARCIA MELGAR, MARIA VIRGINIA DONOSO CUENCA	
COMPLICACIONES DEL PIE DIABÉTICO Y PREVENCIÓN DE LA AMPUTACIÓN EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II	87
MARÍA DEL CARMEN LOBATO VALENCIA, MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ GÓMEZ, ROSA MARIA GIL RUIZ	
RECOMENDACIONES A SEGUIR PARA LA PREVENCIÓN Y BUEN MANEJO DEL PIE DIABÉTICO	88
CRISTINA PEREZ BELLO, NAYRA TRILLA ANTÓN, DIEGO MIGUEL HERNÁNDEZ DE ARMAS, YERAY TOMAS SANTIAGO DIAZ, RAÚL ALBERTO GONZÁLEZ MEDINA	
NEUMONÍA POR HAEMOPHILUS B Y ASPERGILLUS EN INMUNODEPRIMIDO	89
CARMEN TRUJILLANO FERNANDEZ, ANTONIO LÓPEZ RUIZ	
CELULITIS EN UNA PRÓTESIS DE RODILLA	90
MARÍA DEL MAR FERNANDEZ GAZQUEZ, SANDRA GARCÍA CANO, ROSA MARÍA GEA RODRÍGUEZ	
VALORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	91
JAVIER CASTRO DIAZ, LORENA CALATRAVA SÁNCHEZ, SARA LÓPEZ DE AHUMADA AGÜERA	
DOLOR DE OÍDO: A PROPÓSITO DE UN CASO	92
NATALIA ZAFRA RAMÍREZ, ALBA PARRA MORALES, LAURA FLORES PADILLA	
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO HOSPITALIZADO: PAPEL DE ENFERMERÍA	93
BEATRIZ GARCIA GONZALEZ, ALBA GÓMEZ CASTRO, MARIA DE LA CRUZ MEDINA ROMERO	
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA COLELITIASIS	94
SANDRA MARTIN PULIDO, ANGELA CASADO RODRIGUEZ , MARIA ANTONIA ROSAL CARRIEL	
REDUCIR LOS DAÑOS DERIVADOS DEL ALCOHOL, LAS DROGAS Y EL TABACO	95

MARIA OLIVA RODRIGUEZ ROBLES, ESTEFANIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, JUAN CARLOS LINGE PEREZ

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA GRIPE A96

JOSÉ DANIEL GUALDA MARTÍN, MARÍA DOLORES CARMONA SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN CARMONA RIVAS

RELACIÓN ENTRE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES Y LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA97

MANUELA ARJONA SEGURA, ESTHER LOPEZ BLAZQUEZ, CATALINA MILLÁN MILLÁN

ARTRITIS CAUSADA POR INFECCION MICÓTICA98

ELENA MARIA ORTIZ GARCIA, LOURDES ALICIA BARQUERO GÓMEZ, INMACULADA CONCEPCIÓN LÓPEZ SÁNCHEZ

PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA MASIVA99

ROSA GONZALEZ BARBERO, CRISTINA PELÁEZ RAMÍREZ, MARIA DOLORES GARCIA HURTADO

PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES MEDIANTE AISLAMIENTO HOSPITALARIO100

JOSE ANGEL ROMERO MUÑOZ, SERGIO ALCARIO BAUSA, MARIA ISABEL BARRIL TABARES, MARÍA MAGDALENA MARTÍN, JUANA MARIA ORTEGA GONZALEZ, MANUEL MORILLO ESCRIBANO

DIFICULTAD RESPIRATORIA EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA101

ALICIA ESTELA PAREJO ALVAREZ, VICTORIA ROCIO VELEZ GARCIA, GEMA CANO CABRERA

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES102

SILVIA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARIA ISABEL MATIAS FERNANDEZ, MARIA DOLORES CAPARROS RODRIGUEZ

ANÁLISIS SOBRE LAS CAUSAS DE LA FRACTURA DE CADERA103

SILVIA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARIA DOLORES CAPARROS RODRIGUEZ, MARIA ISABEL MATIAS FERNANDEZ

PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: RELACIÓN CON EL ESTRÉS Y LOS GLUCOCORTICOIDES104

ANA CAPILLA MOLINA, MARTA HERNÁNDEZ GARCÍA, KAREN GAMEZ FERNANDEZ

GUÍA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO105

SARA MENDEZ NIETO, ANA ISABEL OSORIO LUCENA, MARINA BERMÚDEZ
VALENZUELA, ANTONIO MANUEL GONZALEZ BARBERO

**ACTUACION DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON MUERTE
CEREBRAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....106**

MERCEDES GUERRERO PORCEL, ANA MARIA LOPEZ SERRANO, MARIA DEL
CARMEN RUIZ ROS

PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL107

CONCEPCIÓN FERNANDEZ RODRIGUEZ, ANDREA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ,
CARMEN GONZALEZ FERNANDEZ

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA Y FACTORES DE RIESGO.....108

FRANCISCO MIGUEL CRUZADO MARTÍN, MARÍA ISABEL MAQUEDA ALBARRÁN,
MARÍA SOLEDAD DOMÍNGUEZ DEL VALLE

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA
ALIMENTACIÓN BULIMIA.....109**

ESTHER MARIA GARRIDO AVILA, SONIA MORENO RODRIGUEZ, CARMEN LETICIA
MESA ARIZA

**ARTETERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD110**

MARÍA ISABEL MAQUEDA ALBARRÁN, FRANCISCO MIGUEL CRUZADO MARTÍN,
SARA MARGARITA ROMERO LUQUE

**ÚLCERAS VARICOSAS: SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y
PREVENCIÓN111**

MARIA DEL PILAR GUTIERREZ JURADO, ALICIA VILLAR ARIZA, ANA MARIA
PEREZ MALAGON

PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO Y SUS CUIDADOS112

MARIA NIEVES SALDAÑA RONDAN, CAROLINA SALDAÑA RONDAN, LUZ MARIA
ROLDAN JAEN

**PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA.....113**

ISABEL MARÍA CARA DÍAZ, CRISTINA IBAÑEZ MUÑOZ, NURIA GARCÍA
ENRÍQUEZ

TROMBOSIS MESENTÉRICA DURANTE VIAJE PROLONGADO EN AVIÓN114

JOAQUÍN POUSIBET PUERTO, ANTONIO JAVIER MARTÍNEZ MOLEÓN, LAURA
LÓPEZ PUERTA

**PERFIL DE SENSIBILIZACIÓN DE PACIENTES ASMÁTICOS DEL ÁREA DE
GESTIÓN SANITARIA DEL NORTE DE CÁDIZ.....115**

JOSE MANUEL GÁLVEZ LOZANO, GEMA MARTINEZ ESPINOSA, NOEMÍ MARTÍNEZ ESPINOSA

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA116

MARIA LUISA GAGO LEON, ROCÍO LOBATO MARTÍNEZ

¿ES EL DOLOR CRÓNICO UN FACTOR DE RIESGO PARA EL SUICIDIO?.....117

FILOMENA VALDERAS RODRÍGUEZ, ANA MARIA MARTOS SANCHEZ, SARA LÓPEZ SÁNCHEZ

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN DE LAS SEÑALES TEMPRANAS DEL ACV POR PARTE DE ENFERMERÍA.....118

MARÍA GUADALUPE RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, JESSICA NAVARRO RODRIGUEZ, ANA FERNÁNDEZ RAMÍREZ

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTE DE AVANZADA EDAD.....119

ELENA FRANCO DAZA, MIGUEL ÁNGEL GOMARIZ MARTÍNEZ, MIRYAM MARTÍNEZ PASCUAL DEL RIQUELME, LETICIA ALONSO CASADO, DAVINIA CANO ALBURQUERQUE, MARIA DE LOS ANGELES FERNANDEZ GUTIERREZ

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE SANGRE EN RESERVORIO TOTALMENTE IMPLANTADO120

MARIA DEL PILAR JIMENEZ CARBALLO

EL PARKINSON: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD121

ROCIO SALMERON GARCIA, PAULA GIL PLAZA, MARIA ORTIZ RAMIREZ

ALZHEIMER: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD122

ROCIO SALMERON GARCIA, PAULA GIL PLAZA, MARIA ORTIZ RAMIREZ

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV): TIPOS Y FACTORES DE RIESGO123

ROCIO SALMERON GARCIA, PAULA GIL PLAZA, MARIA ORTIZ RAMIREZ

HEMATURIA EN EL VARÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO124

ESTHER VILCHEZ PIMENTEL, M ALMUDENA RUIZ MORALES, MARÍA DEL CARMEN LAGUNA SALGUERO

INSUFICIENCIA CARDÍACA: SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES.....125

PAULA GIL PLAZA, MARÍA ORTIZ RAMIREZ, ROCIO SALMERON GARCIA

LA ENFERMEDAD METABÓLICA DEL HUESO: OSTEOPOROSIS.....126

PAULA GIL PLAZA, MARIA ORTIZ RAMIREZ, ROCIO SALMERON GARCIA

LA IMPORTANCIA DE LA POSICIÓN QUIRÚRGICA EN EL PACIENTE.....127

ANTONIO PASCUAL RODRIGUEZ ALMORIN, LUZ MARINA CASTILLO BARBERO,
MARIA LOURDES VIDAL DE TORRES LINARES

TROMOCITEMIA ESENCIAL EN PACIENTE CON CEFALEA128

BEATRIZ ELENA MONTENEGRO PUCHE, RAQUEL DE LA VARGA MARTÍNEZ,
ANTONIO JESÚS MARTÍN JIMÉNEZ

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE LISTERIA EN UN GESTANTE129

YUNAIDA AHMED MOHAMED, NORA MOHAMED MOHAMED, MARÍA DEL
CARMEN GARCIA GOMEZ

**RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL AYUNO PROLOGANDO Y ADELGAZAMIENTO
.....130**

CAROLINA MARTÍNEZ ESQUINAS, LOURDES ASCENSIÓN PEINADO ROSALES,
CELIA MARTINEZ ALCARAZ

**EXPERIENCIA CON EL USO DE NUEVOS ANTIDIABÉTICOS EN UN PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y OBESIDAD131**

MARIA MERCEDES PEREZ ACOSTA, MANUELA SANTA MARTINEZ, MARIA DE LOS
ANGELES PEREZ FORNIELES

**FACTORES PREDISPONENTES DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL
SACROCOCCÍGEA: OBESIDAD E HIRSUTISMO132**

JOSÉ GONZÁLEZ MACÍAS, MIGUEL EMILIANO RODRÍGUEZ MUÑOZ, FRANCISCO
MIGUEL DOMÍNGUEZ TRAVERSO

PACIENTES CON RIESGO DE PERITONITIS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

LIDIA ORTIZ BORRALLO, PAULA GOMEZ CARMONA, CRISTINA DÍAZ MORA

INTRODUCCIÓN: La peritonitis es una inflamación del peritoneo, provocada generalmente por una infección, que conlleva gran dolor abdominal, estreñimiento, vómitos y fiebre. Es por ello hacer hincapié en su detección y prevención por parte de enfermería.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados de enfermería para evitar la peritonitis en pacientes con riesgo.

METODOLOGÍA: Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión sistemática en la base de datos Pubmed, con la siguiente búsqueda: “peritonitis AND riesgo AND cuidados AND pacientes AND enfermería” y su correspondiente en inglés, los Decs fueron obtenidos en el tesoro. Los criterios de inclusión fueron artículos en español e inglés, fuentes primarias, relacionadas con la temática y publicados en los últimos cinco años.

RESULTADOS: Con la realización de la búsqueda obtenemos seis artículos, con un resultado final de tres tras aplicar a los criterios de inclusión donde encontramos que el riesgo de padecer peritonitis es muy común en pacientes con diálisis peritoneal y pacientes tras realizarles colonoscopias y sigmoidoscopia. Tras la realización de colonoscopias y sigmoidoscopia es importante vigilar a estos pacientes mediante la toma de temperatura, palpación de abdomen y tomar referencias de signos y síntomas que manifiesta el paciente. En el caso de la diálisis peritoneal es importante una buena educación del paciente, manejo del ambiente y sobretodo una motivación continua por parte del personal de enfermería para evitar la peritonitis.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir en nuestro estudio que con un buen manejo del paciente con riesgo de peritonitis, podemos evitarlo y disminuir las complicaciones. Necesidad de tener un personal de enfermería entrenado y adiestrado ante este riesgo.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, PACIENTES, RIESGO, PERITONITIS.

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA Y PATOLOGÍA AUDITIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA RUIZ OCAÑA, MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ NÁGERA, MACARENA RUS DIAZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a consulta de otorrinolaringología quejándose de una pérdida de audición por el oído derecho que va aumentando progresivamente. Tras comprobar y verificar este dato por audiometría se continua entrevistando al paciente el cual afirma ser fumador en fase de precontemplación; en el último año dejó de fumar por unos meses y dice haber sido una experiencia muy negativa en su vida y sin ningún beneficio ya que al mes retomo el hábito.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Edad: 35 años. Fumador de 20 cigarrillos/día.

JUICIO CLÍNICO: Pérdida auditiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Mantenimiento inefectivo de la salud: tabaquismo relacionado con no percepción del riesgo de fumar debido a falta de información manifestado por negación a la deshabituación tabáquica.

PLAN DE CUIDADOS: NOC. Detección del riesgo. Reconoce signos y síntomas que indican riesgos. NIC: 5250 Apoyo en la toma de decisiones.4490 Ayuda para dejar de fumar.

CONCLUSIONES: El hábito de fumar es un factor que está directamente relacionado con la patología auditiva que presenta este paciente. Esta patología puede ser resuelta de forma quirúrgica realizando una microcirugía en el tímpano o bien abandonando el hábito del tabaco , que además de resolver el problema de salud auditivo que presenta en el momento, seguro que también recupera y mejora en otros ámbitos de la salud. En caso de negación ante la deshabituación tabáquica, el personal sanitario debe derivar a programas de ayuda destinados a ello, hay que tener en cuenta que por muy pocos riesgos que tenga una cirugía no deja de ser una cirugía menor, con una hospitalización y una anestesia o sedación.

PALABRAS CLAVE: HÁBITO DE FUMAR, TABAQUISMO, EDUCACIÓN EN SALUD, TRASTORNOS DE LA AUDICIÓN.

ASPECTOS PRINCIPALES SOBRE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

MARIA LUISA GONZALEZ DELGADO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar cada vez más común. La EPOC causa dificultad para respirar se caracteriza por la presencia de limitación crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo que se asocia a una reacción inflamatoria debida a varios factores. Hay dos formas principales de EPOC: Bronquitis crónica, implica una tos prolongada con abundante mucosidad. Enfisema: implica un daño a los pulmones con el tiempo. La mayoría de las personas con EPOC tienen una combinación de ambas afecciones. A pesar de su elevada prevalencia, la EPOC en España presenta una alta tasa de infradiagnóstico.

OBJETIVOS: Realizar una revisión bibliográfica de artículos y documentos recientes relacionados con el EPOC. Exponer la importancia que tiene el tabaco en esta enfermedad y los contaminantes ambientales. Promover unos hábitos de vida saludable para prevenir su cronicidad.

METODOLOGÍA: Toda la información recogida sobre la Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) se desarrolló a través de la búsqueda bibliográfica en base de datos actualizadas de reconocidas publicaciones tanto como Pubmed o Scielo, y textos de organizaciones como la OMS y revistas científicas. Realizando un cribado sobre los aspectos más importantes a incidir para mejora y prevención.

RESULTADOS: El objetivo de esta revisión es comentar los aspectos principales y más novedosos sobre la importancia del diagnóstico precoz y la relación tan alta con el tabaco. Este último es el que ocasiona la mayoría de casos de enfermos con EPOC, de ahí la importancia de un estilo de vida saludable para poder prevenirlo, ya que se ha comprobado la comorbilidad del EPOC con otras enfermedades como son la HTA, la diabetes mellitus, obesidad, asma, cardiopatía isquémica, entre otras.

CONCLUSIÓN: El cambio de estilo de vida más saludable, una dieta sana, dejar de fumar y realizar ejercicio aeróbico moderado, contribuye a una mejora significativa del nivel de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: DIAGNÓSTICO, TABACO, PREVENCIÓN, CONTAMINACIÓN.

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO

PATRICIA MENACHO ORTEGA, ISABEL MARIA CHACON CARRASCO, ESPERANZA CAÑADILLAS GONZÁLEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 78 años que sufre caída desde su propia altura sufriendo traumatismo craneoencefálico sobre región frontal derecha con pérdida de consciencia, siendo atendida por el 061, que objetiva un GCS inicial de 7 puntos por lo que procede a la intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada presenta anisocoria con midriasis dcha completa. Afebril. TA 230/115mmHg FC 67 Saturación al 100%. Se realiza rx de tórax. Tac de cráneo. Analítica completa.

JUICIO CLÍNICO: Traumatismo craneoencefálico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ACV, IAM, Aneurisma.

PLAN DE CUIDADOS: Mantener un entorno tranquilo Mantener al paciente hemodinamicamente estable Prevenir la aparición de complicaciones neurologicas. Prevenir complicaciones sistematicas como las infecciones nosocomiales, úlceras por presión , complicaciones relacionadas con el movimiento.

CONCLUSIONES: El T. C. E. Leve es el más frecuente de los traumas del sistema nervioso central. □ Las escalas predictivas de lesiones mayores deberían formar parte de los protocolos de los servicios de emergencia debido a su alta sensibilidad y VPN. □ Una adecuada recopilación de antecedentes, anamnesis y examen físico son claves para determinar quien debería realizarse una TAC aun en ausencia de Escalas o de protocolos.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, TRAUMATISMO, EDEMA, PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CRÁNEO.

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DEL SÍNCOPE: MEDIDAS EXTRAHOSPITALARIAS A ADOPTAR

ESTER NUÑEZ POLAINA, CARMEN HERRERA ARQUILLO, FRANCISCA GOMEZ GUIRAO

INTRODUCCIÓN: El síncope es una pérdida de conciencia breve y súbita producida por un déficit transitorio en el flujo sanguíneo cerebral con el consiguiente aporte inadecuado de oxígeno y nutrientes. Los síntomas que preceden a éste son: calor, sudoración, debilidad general, náuseas, mareo, palpitaciones y palidez.

OBJETIVOS: Identificar los signos y síntomas característicos del síncope y conocer las medidas básicas a realizar.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en distintas bases de datos usando como descriptores: etiología del síncope, medidas, síntomas, clasificación.

RESULTADOS: Según la etiología vamos a diferenciar cinco tipos de síncope: **SÍNCOPE VASOVAGAL:** Es el más frecuente y se produce por una vasodilatación y pérdida de las resistencias vasculares periféricas. Aparece como consecuencia de estrés, miedo intenso o tras una exposición prolongada al sol. **SÍNCOPE**

ORTOSTÁTICO: Es una disminución de la tensión arterial relacionada con la postura. Puede deberse a ciertos medicamentos, deshidratación. **SÍNCOPE CARDÍACO:** Se produce por una reducción del gasto cardíaco. Se puede ocasionar por cardiopatías congénitas o en procesos agudos como la endocarditis.

SÍNCOPE RESPIRATORIO: Es debido a una hipoxia o una hipocapnia. Hipoxia: Puede estar provocada por crisis asmáticas, insuficiencia respiratoria o pausas de apnea. Hipocapnia: Provocadas por hiperventilación.

SÍNCOPE METABÓLICO: Puede deberse a distintas causas. Entre ellas hipoglucemia, trastornos electrolítico, etc.

CONCLUSIÓN: Se estima que entre el 30 y el 50 por ciento de la población padecerá un síncope en algún momento de su vida, debemos conocer las medidas básicas para actuar mientras esperamos al servicio de emergencias, éstas serán: Elevación de miembros inferiores. Posición Trendelenburg. Permeabilidad de la vía aérea. Liberar al paciente de ropa ajustada que produzca ahogo. Si vomita, hay que girarlo para prevenir el atragantamiento.

PALABRAS CLAVE: MEDIDAS, SÍNTOMAS, CLASIFICACIÓN, ETIOLOGÍA DEL SÍNCOPE.

ANÁLISIS DE LA ETIOLOGÍA DEL FENÓMENO DE RAYNAUD

JUANA OLAYA GARRIDO, CRISTINA BEATRIZ MONTESINOS OLAYA, MARÍA MONTESINOS OLAYA

INTRODUCCIÓN: El fenómeno de Raynaud se caracteriza por la isquemia transitoria de los dedos de las manos y los pies, provocando cambios en su coloración que pueden durar desde pocos minutos hasta varias horas. Las fases descritas son: palidez, cianosis y rubor. Es desencadenado por el frío o la humedad y tiene una prevalencia del 3-5%, afectando especialmente a las mujeres.

OBJETIVOS: Determinar los factores asociados al fenómeno de Raynaud.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión sistemática de estudios publicados entre 2012-2017. La búsqueda se llevó a cabo en 3 bases de datos: Scielo, Cochrane y Psycinfo, utilizando como descriptores MeSH: “fenómeno de Raynaud”, “etiología”, “síntomas” e “isquemia digital”. Encontramos 21 artículos, de los cuales nos quedamos con 10 tras aplicar criterios de inclusión: 1. Artículos en castellano, 2. Artículos disponibles a texto completo, 3. Artículos que mostraran evidencias científicas de los síntomas y factores asociados al fenómeno de Raynaud.

RESULTADOS: Tras revisar los artículos encontrados se puede hablar de fenómeno de Raynaud primario, cuando no está asociado a otro trastorno o fenómeno de Raynaud secundario cuando se asocia a otras afecciones, en este caso podemos establecer su etiología multifactorial, entre los que destacan: causas medicamentosas (betabloqueantes), causas endocrinas (hipotiroidismo), arteriopatías o fibromialgia, entre otros. Para determinar su etiología se lleva a cabo un exhaustivo examen clínico en el que se realiza ecografía Doppler de los miembros superiores con el fin de conocer el estado del pulso, radiografía de tórax y manos y analítica completa.

CONCLUSIÓN: Debemos concluir la importancia de llevar a cabo un adecuado diagnóstico y tratamiento del fenómeno de Raynaud puesto que las complicaciones pueden llegar a provocar gangrena o ulceración de la piel por la obstrucción de las arterias, afectando a la vida diaria del paciente, por lo que se debe evitar el tabaco, la cafeína y la exposición al frío.

PALABRAS CLAVE: FENÓMENO DE RAYNAUD, ETIOLOGÍA, SÍNTOMAS, ISQUEMIA DIGITAL.

INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

ROCIO INMACULADA SANCHEZ MARTIN, NURIA INFANTE CHACÓN, ROSA LIDIA ESCALONA PRIETO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad obstructiva crónica es una enfermedad causada por la imposibilidad de respirar adecuadamente.

OBJETIVOS: Determinar la incidencia del epoc en la población española. Identificar los factores de riesgo que producen esta enfermedad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en los buscadores Scielo y Google Académico utilizando como descriptores “epoc” and “incidencia” and “población española”. Como criterio de inclusión se han utilizado los artículos escritos en inglés y español encontrándose 22 artículos, de los cuales se han excluido 9 porque no permitían el acceso completo al texto y 5 porque no coincidían con el tema de nuestro trabajo, por lo que finalmente 8 artículos cumplían con los criterios de inclusión planteados anteriormente.

RESULTADOS: En los estudios revisados encontramos que existen una serie de factores de riesgo que pueden llegar a desencadenar la aparición de la enfermedad obstructiva crónica, el más importante de ellos es el consumo del tabaco, aunque la exposición al polvo y químicos en el trabajo, la genética y la edad también contribuyen a que se manifieste la enfermedad. En cuanto a su incidencia, el criterio Gold determina que el 10.2% De la población española sufre epoc siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino. El 73% de estas personas aún no saben que la sufren.

CONCLUSIÓN: Resulta de gran importancia promover actuaciones y campañas para fomentar el abandono del tabaco logrando de esta forma la disminución de los costes sanitarios que supone tanto esta enfermedad como otras enfermedades asociadas con ésta.

PALABRAS CLAVE: EPOC, INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO, POBLACIÓN ESPAÑOLA.

FACTORES DE RIESGO EN EL CÁNCER DE ENDOMETRIO

MARTA PEREZ DIONISIO, ENCARNACION TIRADO HERRERA, ROCIO MUÑOZ MARTIN

INTRODUCCIÓN: El cáncer de endometrio es uno de los más prevalentes entre la población femenina. Aquí radica la importancia de este trabajo, y de enfermería para formarse y continuar aprendiendo.

OBJETIVOS: Determinar cuáles son los principales factores de riesgo que pueden producir el cáncer de endometrio.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud, con los términos clave previamente mencionados. Se incluyeron aquellos artículos con menos de 5 años de antigüedad en inglés y en español. Se excluyeron los de pacientes que padecieron cáncer previamente o de chicas menores de 18 años.

RESULTADOS: Los principales factores que encontramos y favorecen la aparición del cáncer de endometrio son: nuliparidad, edad precoz de menarquía, edad tardía de menopausia, trastornos menstruales, síndrome premenstrual, obesidad, dieta hipercalórica, antecedentes familiares... También es importante detectar y acudir al médico para una revisión en caso de sangrado vaginal postmenopáusico.

CONCLUSIÓN: El hecho de conocer estos factores permitiría tanto a la población general como a enfermería facilitar un diagnóstico precoz y un mejor pronóstico. Mediante la educación sanitaria tanto individual como grupal se debe capacitar a las mujeres, ayudándoles a concienciarse de la importancia de unos hábitos de vida saludables y de acudir a las revisiones cuando corresponden.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, NEOPLASIAS, ENFERMERÍA, NEOPLASIAS ENDOMETRIALES.

ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

CRISTINA BEATRIZ MONTESINOS OLAYA, JUANA OLAYA GARRIDO, MARÍA MONTESINOS OLAYA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Crohn consiste en la inflamación intestinal de manera crónica a lo largo del tubo digestivo, afectando más comúnmente a la parte distal del intestino delgado (50% de los casos) y a pacientes de entre 15-30 años de edad, especialmente a hombres. Existen dos formas de tratamiento: quirúrgica (resección ileal) o farmacológica (corticoides o anticuerpos monoclonales, entre otros).

OBJETIVOS: Determinar las causas y síntomas con los que cursa la enfermedad de Crohn.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión sistemática realizada entre 2012-2017 sobre la enfermedad de Crohn, realizando la búsqueda en 3 bases de datos: Medline, Scielo y Cochrane. Se obtuvieron 58 artículos sobre el tema utilizando como palabras clave: “enfermedad de Crohn”, “enfermedad inflamatoria intestinal”, “síntomas” y “etiología”, de los cuales nos quedamos con 12 para el presente trabajo, tras aplicar criterios de inclusión: Artículos en castellano, Artículos que nos permitieran acceder al texto completo, Artículos que tratasen sobre el origen de la enfermedad de Crohn y sus síntomas.

RESULTADOS: La enfermedad de Crohn cursa, principalmente, con dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso y fiebre, apareciendo, además, úlceras en la boca, fisuras anales y abscesos. El estrés, la dieta y el tabaco pueden agravar los síntomas de enfermedad, por otro lado hay estudios que han demostrado que existen factores genéticos, hereditarios y ambientales que causan la enfermedad y contra los que se puede luchar para retrasar o evitar su aparición.

CONCLUSIÓN: A pesar de los estudios llevados a cabo sobre la etiología de la enfermedad de Crohn podemos establecer que, actualmente, no se conocen las causas con exactitud. Es importante destacar que se han realizado estudios en los que se ha descartado relación causal entre enfermedades crónicas como la DM o HTA y el desarrollo de enfermedad de Crohn.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DE CROHN, ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, SÍNTOMAS, ETIOLOGÍA.

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESQUIZOFRENIA

JUANA OLAYA GARRIDO, CRISTINA BEATRIZ MONTESINOS OLAYA, MARÍA MONTESINOS OLAYA

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es un trastorno mental grave y crónico que provoca alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales y que afecta, actualmente, al 1% de la población. Se trata de una enfermedad provocada por múltiples causas: factores genéticos, factores ambientales y factores sociales; y que conlleva un gran sufrimiento para el paciente y la familia, así como un gasto socio sanitario importante (2,7% del gasto sanitario).

OBJETIVOS: Identificar y valorar los factores que se asocian al desarrollo de trastornos mentales como la esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión bibliográfica de artículos publicados entre 2012-2017. La búsqueda bibliográfica se realizó en 3 bases de datos: Scielo, Medline y Pubmed, utilizando como descriptores MeSH: “esquizofrenia”, “factores asociados”, “psicopatología” y “trastornos mentales”. Encontramos 25 artículos, quedándonos con 9 tras aplicar los siguientes criterios de inclusión: Artículos en castellano; Artículos que nos permitieran acceder al texto completo; Artículos que mostraran información sobre los factores asociados a la esquizofrenia.

RESULTADOS: Según los estudios que se han analizado se puede establecer relación significativa entre la existencia de antecedentes familiares con enfermedades mentales y la posibilidad de padecer esquizofrenia (50% de los casos), agravándose entre familiares de primer y segundo grado (padres, hijos y hermanos). Por otro lado, se ha comprobado que afecta más al sexo masculino (71% de los casos). Se ha encontrado relación entre el consumo y abuso de alcohol y drogas y el desarrollo de esquizofrenia, aunque aún no se conoce con total exactitud.

CONCLUSIÓN: Se deben llevar a cabo estudios en los que se realice una búsqueda específica sobre los factores que provocan la esquizofrenia, especialmente los factores genéticos que constituyen uno de los componentes más importantes. El adecuado estudio sobre los factores asociados a dicha enfermedad permitiría un diagnóstico específico y un tratamiento personalizado que permita mantener una buena calidad de vida en pacientes y familiares.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, FACTORES ASOCIADOS, PSICOPATOLOGÍA, TRASTORNOS MENTALES.

FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA DE GÉNERO A TENER EN CUENTA POR EL ENFERMERO

MARIA DEL CARMEN RUIZ-HENESTROSA NIÑO, SUSANA AYLLÓN BELTRÁN, SILVIA BARBERI GARCÍA

INTRODUCCIÓN: Son numerosos los casos de violencia de género que existen en la actualidad pero muy difíciles de detectar. Para ello podemos ayudarnos conociendo los factores de riesgo de violencia de género.

OBJETIVOS: El enfoque primordial de este trabajo es Determinar los principales factores de riesgos de violencia de género que existen para así dar la voz de alarma lo antes posible.

METODOLOGÍA: Nuestro trabajo es un estudio de investigación a través de revisión bibliográfica sobre VG, incidiendo en factores de riesgo. Las fuentes de datos consultadas son: Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de Salud y Protocolo común para la actuación sanitaria ante VG.

RESULTADOS: La violencia conlleva la interacción de múltiples factores. El informe mundial violencia y salud explica la violencia mediante un modelo ecológico conceptual: Nivel 1: factores biológicos e individuales: características demográficas como la edad o salario, toxicomanías, trastornos psíquicos y antecedentes de maltrato. Nivel 2: Factores relacionales con pareja, familia o amigos. Nivel 3: Factores comunitarios: relaciones laborales, vecinos...dicho nivel engloba cambios de residencias y pertenencia a bandas peligrosas o de tráfico. Nivel 4: Factores de la sociedad: facilidad para tener armas o rol de género rígido. La OMS nos informa de otros factores: Edad: las mujeres jóvenes (15-19 años) tienen más riesgo de ser víctimas de violencia de género. Este dato muestra que la violencia comienza en épocas tempranas. Estado de relación: las mujeres casadas han sufrido menos VG que las separadas o divorciadas. Educación: a mayor nivel educativo menor riesgo de padecer violencia.

CONCLUSIÓN: La VG es una suma de numerosos factores pero el más importante es el hecho de ser mujer, ya que la propia sociedad reconoce la superioridad del hombre y atribuye los roles en función del sexo.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, VIOLENCIA GÉNERO, FACTOR DE RIESGO, MODELO ECOLÓGICO.

ANÁLISIS SOBRE LA ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

AGUEDA MARIA HERNANDEZ ROMERO, MARÍA DOLORES VÁZQUEZ SÁNCHEZ, ANA MARIA SANCHEZ NAVARRO

INTRODUCCIÓN: Una vez realizada la intervención quirúrgica, el material utilizado se debe limpiar y desinfectar antes de su almacenaje y o someterse a un proceso de esterilización y desinfección.

OBJETIVOS: Determinar las diferentes técnicas de esterilización que se desarrollan con el instrumental quirúrgico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un exhaustivo estudio bibliográfico de los métodos de desinfección y antisepsia en el hospital como Medline, Pubmed, Cochane.

RESULTADOS: Para una correcta esterilización, hay que hacer una limpieza y desinfección con agua, detergentes y productos enzimáticos. Esta limpieza puede ser manual y mecánica. Se recomienda que los detergentes tengan un PH bajo y no sea corrosivo. La esterilización de equipos quirúrgicos para la destrucción de toda forma de vida, tanto microbios y esporas que se encuentran en el instrumental quirúrgico. La esterilización y la esterilidad deben estar esterilizados totalmente. Puede ser a través de agentes físicos como el calor seco. Consisten en esterilizar el instrumental quirúrgico a unas temperaturas muy elevadas. Y el calor húmedo (autoclave) Es la forma más eficaz para la esterilización de instrumental quirúrgico. La esterilización se logra por el vapor de agua a presión. Este proceso se utiliza para material termorresistente. Los agentes químicos más utilizados son el Oxido de etileno gaseoso, Formaldehído gaseoso, Peróxido de hidrógeno plasmático , Ozono gaseoso, Solución activada de glutaraldehído.

CONCLUSIÓN: Lo que perseguimos con la esterilización es eliminar toda forma de vida existente en el instrumental quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: MATERIAL, TÉCNICAS, ESTERILIZACIÓN, DESINFECCIÓN, QUIRÚRGICO.

EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA PREVENIR O DISMINUIR EL RIESGO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

PATRICIA SUÁREZ LÓPEZ, MARIA INMACULADA VILLENA RODRIGUEZ, PAULA CENTENO
HITA

INTRODUCCIÓN: El pie diabético es una complicación crónica de origen multifactorial asociada a neuropatía diabética y enfermedad arterial periférica en pacientes diabéticos debido a su enfermedad. Se manifiesta con lesiones en el pie que pueden producir úlceras, infecciones e incluso gangrena, aumentando el riesgo de amputación. Su incidencia, prevalencia y recidiva es elevada por lo que es importante identificar a los pacientes en riesgo y educarlos en su autocuidado.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad de varios programas educativos en la prevención o disminución del riesgo de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática sobre el tema a tratar. Se consultaron las bases de datos Cuiden y la biblioteca científica Scielo. Los descriptores utilizados fueron: “prevención”, “pie diabético”, “programa educativo” y “riesgo”. Se utilizaron los filtros de idioma (castellano) y de intervalo temporal (2013-2017). De 44 referencias encontradas, fueron seleccionados 3 artículos.

RESULTADOS: Los estudios analizados se llevaron a cabo en México, Colombia y Cuba. Los pacientes objeto de estudio recibieron indicaciones relacionadas con la monitorización de la glucemia, revisión diaria de los pies, higiene y secado, hidratación del pie, ejercicios, corte de uñas, uso de prendas y calzado adecuado, factores desencadenantes de lesiones y cuidados de la herida. Existieron diferencias significativas entre los pacientes que llevaron a cabo las actividades preventivas y los que no, así mismo entre los mismos pacientes antes y después del programa educativo, hallándose un porcentaje elevado de pies curados y mejorados, así como de no lesión en aquellos que nunca las habían tenido.

CONCLUSIÓN: Los programas educativos han demostrado ser efectivos pero las actividades de prevención realizadas se pueden considerar deficientes ya que muchos pacientes refirieron no haber recibido antes indicaciones sobre el autocuidado del pie, no les habían examinado los pies en el último año o no les habían preguntado sobre signos y síntomas.

PALABRAS CLAVE: PIE DIABÉTICO, RIESGO, PROGRAMA EDUCATIVO,
PREVENCIÓN, DIABETES MELLITUS.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON HEMOFILIA

LUISA MARIA CARDENAS GARCIA, DOLORES LARA GANDUL, ISABEL MORAL ROSA

INTRODUCCIÓN: La hemofilia es una enfermedad genética que va ligada a el cromosoma X. Esta enfermedad produce una alteración en la coagulación, es decir, que impide que cese de sangrar una hemorragia.

OBJETIVOS: Determinar las causas y los cuidados en relación a la enfermedad de hemofilia en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes buscadores tales como Cochrane Plus, Cuiden, PubMed, cogiendo los artículos más interesantes de los últimos 5 años.

RESULTADOS: Vemos en los estudios realizados que la hemofilia es una enfermedad poco común, su tratamiento en la administración de factores de coagulación por vía intravenosa, así mismo afecta a la vida diaria de los pacientes por ello un buen conocimiento de la enfermedad ayuda al paciente en su vida diaria.

CONCLUSIÓN: El papel del equipo de enfermería en estos casos es muy importante ya que van a ser los que van a estar al lado del paciente y van a darle conocimientos para que él se cuide y tenga una vida lo mas normal posible.

PALABRAS CLAVE: HEMOFILIA, HEMORRAGIAS, HEMATOMAS, COAGULACIÓN.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

LAURA FERNANDEZ ALAMEDA, CRISTINA FERNÁNDEZ ALAMEDA, MARIA NAZARET LOPEZ ZAMORA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad respiratoria que se caracteriza por una limitación al flujo aéreo. Se asocia con una inflamación anormal de los pulmones. Causa gran morbilidad y mortalidad, suponiendo la cuarta causa de muerte. Es de origen multifactorial y se desarrolla por la intervención de distintos factores de riesgo.

OBJETIVOS: Conocer cuáles son los factores de riesgo que conllevan a la epoc.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática para la que se han utilizado distintas bases de datos como CINHALL, Pubmed y Cuiden Plus, además del buscador Scholar Google. Hemos seleccionado un total de 13 artículos para su estudio, tras leer y revisar 46. Los descriptores han sido: “epoc”, “factores de riesgo”, “enfermería y epoc”, “prevención epoc”.

RESULTADOS: Existen factores de riesgo ligados a la persona: Déficit de alfa-1-antriptisina, se asocia con un desarrollo precoz de enfisema pulmonar; Hiperreactividad bronquial, conlleva mayor obstrucción bronquial; Crecimiento pulmonar, si el desarrollo pulmonar es incompleto, la función pulmonar máxima es menor. Además, tenemos factores de riesgo medioambientales: Tabaquismo, es el más importante. El riesgo incrementa en función de la cantidad de cigarrillos, la edad de comienzo y la cantidad de años de tabaquismo; Exposición laboral, sobre todo a sustancias químicas industriales; Infecciones respiratorias, se asocian con una disminución de la función pulmonar; Nutrición, algunos antioxidantes como la vitamina C y E, los aceites de pescado y magnesio protegen frente a la EPOC; Nivel socioeconómico, es más frecuente en clases sociales más bajas; Contaminación atmosférica, puede provocar un efecto irritativo sobre las vías aéreas, que conlleva mayor broncoconstricción e hipersecreción bronquial.

CONCLUSIÓN: Son varios los factores de riesgo que pueden llevar a esa enfermedad. Las enfermeras debemos actuar sobre aquellos que son modificables, es decir, sobre los medioambientales. Actuando, sobre todo, en el tabaquismo mediante programas de prevención y educación, por ser el factor más importante.

PALABRAS CLAVE: EPOC, FACTORES DE RIESGO EPOC, PREVENCIÓN EPOC, ENFERMERÍA.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE LA ARTROSIS

RUBÉN ANTONIO GARCÍA LARA, NORA SULEIMAN MARTOS, GRACIA AURORA MARTÍN HURTADO

INTRODUCCIÓN: La artrosis es un proceso degenerativo articular debida a trastornos mecánicos y biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartilago articular, estimulando el crecimiento del hueso subcondral y con la presencia de sinovitis crónica. Es una enfermedad muy prevalente en España; a nivel de la rodilla tiene una prevalencia del 10,2%, 6,2% a nivel de las manos y entre el 3,5 y 5,6% en la articulación de la cadera en mayores de 50 años.

OBJETIVOS: Analizar mediante una revisión bibliográfica los principales factores de riesgo desencadenantes de la artrosis.

METODOLOGÍA: Revisión en las bases de datos electrónicas Cochrane y Medline y en las revistas electrónicas Scielo y Science Direct. Excluyendo todos los artículos que no reunían nuestros criterios de selección, y posteriormente seleccionando los textos tras leerlos en su totalidad, fueron utilizados 22 artículos. Se restringe la búsqueda a artículos publicados del 2010 en adelante.

RESULTADOS: Se han descrito diferentes factores de riesgo que pueden estar implicados en la aparición y progresión de la artrosis, que se dividen en generales, modificables o no, y locales. Entre los factores de riesgo generales no modificables se destaca la edad que es el FR que más se relaciona con la aparición de la artrosis, especialmente en el sexo femenino. Entre los factores de riesgo generales modificables destaca la obesidad, factores hormonales y debilidad muscular.

CONCLUSIÓN: La artrosis es una de las primeras causas de limitación y dolor en población mayor de 50 años en España. Las cifras actualizadas de su coste tanto para el enfermo como para la sanidad pública son elevadas. Por lo que, el mejor conocimiento de los aspectos fisiopatológicos y factores de riesgo de la artrosis va a permitir abrir camino a nuevas posibilidades terapéuticas.

PALABRAS CLAVE: ARTROSIS, EPIDEMIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO, PREVALENCIA.

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DEL ALZHEIMER

ALBERTO FERNÁNDEZ MEDINA, ALICIA MÁRQUEZ PÉREZ, TOMAS BAYO CANO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer que se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de las funciones cognitivas, siendo esta en la actualidad una enfermedad sin curación aunque en los últimos años se investiga mucho sobre ella y hay importantes avances gracias a la genética ya que esta (la herencia genética), es una de las causas que con mayor frecuencia encontramos en esta enfermedad, sin embargo, no es la única.

OBJETIVOS: Conocer y analizar las causas y factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Dialnet, Scielo y ScienceDirect.

RESULTADOS: En los diferentes documentos que hemos podido visionar encontramos entre los factores de riesgo y causas de la enfermedad de Alzheimer las siguientes: edad (a partir de 30), inicio temprano de la menopausia, colesterol alto, hipertensos, diabéticos y personas con altos niveles de insulina, estrés oxidativo, exposición a diferentes productos y materiales como pesticidas, algunos metales, disolventes e incluso la exposición a campos electromagnéticos también está relacionado con una mayor prevalencia, el estrés y la depresión también tienen una influencia en la aparición de la enfermedad. Además genéticamente se ha demostrado que hay una relación directa con una proteína denominada beta amiloide cuyo gen se encuentra en el cromosoma 21 y la aparición de esta enfermedad.

CONCLUSIÓN: Como hemos podido observar son múltiples las causas y factores de riesgo en la aparición de la enfermedad de Alzheimer, aunque la mayor causa detonante de esta sea el factor genético.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, ALZHEIMER, AMBIENTE, ETIOLOGÍA, GENÉTICA.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

LEONOR RUS SALAZAR, ROCIO INFANTES AGEA, CRISTINA ALDARIAS RUIZ

INTRODUCCIÓN: En este estudio se elabora un protocolo de prevención y tratamiento de UPP, para ello se parte de: Base de datos específica. Descripción de indicadores de proceso y de resultado. Responsabilidad de coordinadores técnicos. Resultados integrados en el cuadro de mandos del hospital. Baremo de incentivación económica, según resultados aportados al cuadro de mandos. Formación e Información continuada: talleres formativos, reporte de los datos obtenidos y la figura de coordinadores técnicos con la posibilidad de respuesta mediante interconsulta. Creación de una Comisión de cuidados.

OBJETIVOS: Evaluar la implantación de una estrategia específica de seguridad del paciente en términos de reducción de la incidencia de úlceras por presión y eficiencia

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio retrospectivo de incidencia de UPP de origen hospitalario teniendo en cuenta, desde enero 2005 hasta mayo 2008. Protocolo antiguo: enero 2005 hasta julio 2006 (19 meses). Protocolo nuevo: agosto 2006 hasta mayo 2008 (22 meses). Censo UPP por parte supervisoras de cada unidad. Datos de cada UPP, Braden en momento lesión, inicio, fin... Hoja registros enfermería y hoja de registro curas UPP. Tratamiento, duración, riesgo, evolución... Programa informático de cuidados de enfermería. Riesgo de todos los pacientes ingresados y reevaluaciones.

RESULTADOS: A pesar de ser mayor periodo, acumulando más estancias y más pacientes el no de UPP disminuye considerablemente 90 UPP menos y 62 pacientes afectados menos. Menos UPP con mayor riesgo a gestionar. Protocolo anterior: UPP a 228 pacientes mientras, 24724 pacientes no sufrieron lesión. Resultados: Protocolo nuevo: UPP a 166. Mantuvieron libres de lesión. Reducción de la incidencia de UPP hospitalaria.

CONCLUSIÓN: El seguimiento del nuevo protocolo ha aumentado desde su implementación, así lo constatan los indicadores creados para su seguimiento El aumento de la adhesión al protocolo, en cuanto a la prevención y al tratamiento va paralelo a la reducción de la incidencia de úlceras por presión intrahospitalaria (medicina interna disminución drástica de incidencia de UPP o UCI manteniendo un periodo de 9 meses sin ninguna UPP). EVRUPP más sensible y específica. Plan de reevaluaciones preestablecido. Plan de actuaciones en función al riesgo obtenido.

PALABRAS CLAVE: CAMILLA, GASAS, PACIENTE, SALUD.

FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN POSPARTO

ESTELA MARÍA LOMAS MUÑOZ, CONCEPCIÓN CASTILLO MANZANO, SILVIA GODOY PASTOR

INTRODUCCIÓN: La depresión posparto es un trastorno del ánimo asociado al nacimiento. Entre las 4 y 30 semanas del puerperio aparece la sintomatología y es de gran relevancia por sus repercusiones en el desarrollo cognitivo y psicológico del bebé, la reducción de la interacción madre e hijo, el aumento de la morbimortalidad materna y por la alta prevalencia.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática mediante la búsqueda en las bases de datos: PubMed, Cuiden y SciELO. Se utilizaron las siguientes palabras clave en español y su correspondiente en inglés, según los descriptores en ciencias de la salud (DeCs): atención de enfermería, depresión posparto, factores de riesgo, periodo posparto. Los criterios de inclusión fueron: a) artículos del año 2005 al 2017 b) idiomas inglés y español c) acceso a texto completo d) estudios relacionados con los factores de riesgo en la depresión posparto. Obtuvimos un total de 10 artículos y fueron seleccionados para su análisis profundo 6.

RESULTADOS: Tras el análisis de los resultados obtenidos deducimos que los factores de riesgo asociados a la depresión posparto son: la edad materna, los antecedentes personales de depresión y la falta de apoyo social y familiar o conflicto con la pareja, factores gineco-obstétricos y el estatus socioeconómico, ausencia de consultas de control durante la gestación y presencia de síntomas disfóricos al inicio del puerperio o haber padecido depresión durante el embarazo.

CONCLUSIÓN: Enfermería debe de realizar un adecuado seguimiento de la mujer gestante en los controles prenatales para identificar aquellos factores de riesgo que predisponen a la depresión tras el parto. La prevención y la actuación precoz sobre los factores de riesgo modificables debe ser de máxima prioridad en los esfuerzos del personal sanitario.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, DEPRESIÓN POSPARTO, FACTORES DE RIESGO, PERIODO POSTPARTO.

FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

ROCIO MUÑOZ MARTIN, MARTA PEREZ DIONISIO, ENCARNACION TIRADO HERRERA

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión se definen como áreas de piel que están lesionadas al haber permanecido en una misma posición durante un tiempo prolongado. Representa uno de los problemas más comunes en la enfermería práctica.

OBJETIVOS: Conocer los factores de riesgo para prevenir su aparición.

METODOLOGÍA: Según la revisión bibliográfica llevada a cabo en las siguientes bases de datos: Pubmed y Cuiden plus, con los descriptores: UPP, UCI, factores de riesgo y enfermería. Se seleccionaron varios artículos que cumplieran nuestros requisitos de inclusión.

RESULTADOS: Tras la realización de la revisión bibliográfica obtenemos como resultados que, los principales factores de riesgos son: Inmovilización en la cama en tiempo prolongado. Incontinencia. Poseer un IMC>30. Recibir un tratamiento con noradrenalina y sedación altos. Realizar una dieta pobre en proteínas.

CONCLUSIÓN: La iniciación y difusión de un protocolo de intervención dirigido a la mejora de factores de riesgo modificables y relacionados con la aparición de UPP aseguraría su ejecución basada en la evidencia científica por lo que irá disminuyendo las incidencias de UPP.

PALABRAS CLAVE: UPP, FACTORES DE RIESGO, UCI, ENFERMERÍA.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE FLEBITIS

ROCIO MUÑOZ MARTIN, ENCARNACION TIRADO HERRERA, MARTA PEREZ DIONISIO

INTRODUCCIÓN: La Flebitis es la inflamación de la capa interna de la vena cuyo origen puede ser mecánico, químico o infeccioso. Existen datos muy variables de tasas de flebitis que varían entre 2,4 y 61%. La Intravenous Nursing Society (INS) indica que la prevalencia de flebitis “estándar” está en torno al 5%; pero estudios recientes la sitúan en el 7%.

OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo relacionados con la aparición de flebitis.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica exhaustiva utilizando diferentes bases de datos Cochrane Plus, Cuiden, Medline y Pubmed. Con fecha de inclusión de artículos comprendidos entre los años 2006 y 2015. Utilización de los operadores booleanos AND y OR, y la combinación de descriptores. Consulta de datos de la OMS y EPINE 2016.

RESULTADOS: Es importante destacar la existencia de factores de riesgo en la génesis de la flebitis. Resulta primordial el rol de enfermería en identificación de estos factores para prevenir posibles complicaciones ya que es la principal responsable de su inserción y posterior manipulación. Los factores de riesgo pueden clasificarse según sean propios del paciente (edad, sexo y patología de base), del propio catéter (unidad en la que se inserta el catéter, calibre de la cánula, sitio anatómico de inserción, habilidad en la técnica) y los derivados de la indicación médica (duración del tratamiento, velocidad de infusión y medicamentos utilizados).

CONCLUSIÓN: Los estudios que hemos revisados confirman que medidas preventivas como: elección adecuada del tipo de catéter, realizar una correcta higiene de manos, usar clorhexidina en la preparación de la piel antes de la inserción del catéter venoso periférico, así como un mantenimiento aséptico de los catéteres y retirada de los mismos cuando ya no son necesarios el índice de flebitis se reduce desde un 25%- 33% a un 5%.

PALABRAS CLAVE: FLEBITIS, FARMACOTERAPIA INTRAVENOSA, CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO, PREVENCIÓN.

ANÁLISIS SOBRE LOS FACTORES INFLUYENTES EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA POR EMBOLIA PULMONAR

ANA MARIA MOLINA RODRIGUEZ, FRANCISCA MARTIN LOPEZ, CRISTINA RUIZ ALVAREZ

INTRODUCCIÓN: Una embolia pulmonar es un bloqueo súbito de una arteria pulmonar debido a un coágulo en la pierna (trombosis) que se desprende y viaja por el torrente sanguíneo hasta el pulmón. Puede causar un daño en el pulmón afectado, bajos niveles de oxígeno en sangre y lesiones en otros órganos al no recibir el suficiente oxígeno.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue identificar los factores que influyen en la estancia hospitalaria debido a la embolia pulmonar.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio de cohortes retrospectivo de pacientes hospitalizados entre 2012 y 2017. Los pacientes fueron identificados utilizando la información registrada en los informes de alta hospitalaria.

RESULTADOS: Se incluyeron 975 pacientes con una media de estancia de 7 días. Las puntuaciones más altas en el índice de severidad de embolia pulmonar simplificado se asociaron con una mayor probabilidad de mayor estancia hospitalaria. La probabilidad de una estancia hospitalaria más larga que la media fue de 8,65 para los pacientes remitidos al Departamento de Medicina Interna y 1,54 para los pacientes hospitalizados en otros departamentos, en comparación con los remitidos a el Departamento de Neumología. Los pacientes con grado 3 en la escala de disnea modificada del Medical Research Council tenían una odds ratio de 1.63. La probabilidad de una estadía hospitalaria mayor a la mediana fue de 1,72 cuando la anticoagulación oral (OAC) se inició 2-3 días después del ingreso, y 2,43 cuando se inició a las 4 -5 días.

CONCLUSIÓN: El grado índice de severidad de embolia pulmonar simplificado, el departamento de derivación del Departamento de Emergencia, el grado de disnea y el momento de iniciar la anticoagulación oral se asociaron con una estadía hospitalaria más prolongada.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, EMBOLIA PULMONAR, ESTANCIA EN HOSPITAL, ENFERMEDAD.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS

NOELIA VICO OLMO, EMILIO LUPIAÑEZ GARCIA, MANUEL RODRIGUEZ ALVAREZ

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión constituyen un grave problema en la calidad de vida de los ancianos, así como los costes socioeconómicos que derivan de ellas. De ahí la importancia de unas adecuadas medidas preventivas.

OBJETIVOS: Los objetivos principales fueron conocer la prevalencia de UPP (úlceras por presión) en personas institucionalizadas así como los métodos e instrumentos de prevención utilizados.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal. La población de estudio (n=150) está compuesta por todos los Residentes institucionalizados de larga duración del Centro Residencial Nuestra Señora del Saliente y del Centro Residencial de Almería.

RESULTADOS: Se observa una prevalencia del 5% de la muestra con UPP, siendo el promedio de edad 85,6 años. El 14% ingieren suplemento alimenticio. El 38% utiliza silla de ruedas para los traslados y un 60 % de la muestra recibe cambios posturales.

CONCLUSIÓN: Se evidencia buenos resultados de prevalencia de UPP en comparación con residencias geriátricas españolas y norteamericanas. Conocer y comprender los factores de riesgos e incidir sobre ellos es crucial para aplicar métodos de prevención adecuados y con ello rediseñar cuidados enfermeros.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERAS POR PRESIÓN, PREVENCIÓN, ANCIANOS, INSTITUCIÓN, RESIDENCIA.

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE

MARIA MANUELA LOPEZ MONTORO, ANA BELÉN GUZMÁN DÍAZ, BEATRIZ MARIA DIAZ MARIN

INTRODUCCIÓN: Se trata de una enfermedad intestinal. Sus principales síntomas son dolores o hinchazón abdominales y modificaciones en su tránsito, es decir, pudiendo ser diarrea o estreñimiento. Es el más frecuente en los trastornos gastrointestinales. Existen numerosos tratamientos y terapias para aliviar los síntomas, aunque no consiguen la curación.

OBJETIVOS: Identificar los posibles síntomas que aparecen en el síndrome del colon irritable.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica, la búsqueda se realizó en las bases de datos Cochrane Plus, Pubmed, Lilacs y Cuiden Plus. Se utilizaron criterios de inclusión (colon irritable, síntomas, artículos disponibles a texto completo de manera gratuita y artículos originales) y el número de artículos aceptados finalmente fueron 42. La investigación se llevó a cabo en el año 2017.

RESULTADOS: De las bases de datos que se buscaron se encontraron 299 referencias, después de revisarlas y pasar los criterios de inclusión, aceptamos 42 documentos, estos fueron publicados desde 2002 a 2017. Algunos de las causas que aparecen en el síndrome del colon irritable son: Tras una infección gastrointestinal. Intolerancias alimentarias. Contracciones anómalas del colon y de intestino delgado.

CONCLUSIÓN: Como conclusión podemos decir, que el síndrome del colon irritable puede ser consecuencia de diversas causas que lo provocan.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, HINCHAZÓN, CAUSAS, TRÁNSITO INTESTINAL.

FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

MARIA MANUELA LOPEZ MONTORO, BEATRIZ MARIA DIAZ MARIN, JULIA YERA CALVENTE

INTRODUCCIÓN: Consiste en una intervención quirúrgica, en la cual, se extrae el riñón afectado por un riñón sano. Una vez que se ha trasplantado, la persona debe seguir una vida sana y activa, siguiendo una serie de instrucciones básicas, como llevar una alimentación sana y equilibrada, no olvidar tomar la medicación, sobre todo la anti rechazo, controlar la orina, color, olor, controlar TA. Temperatura, peso,... para facilitar el buen funcionamiento del trasplante.

OBJETIVOS: Determinar los posibles factores de riesgo en los pacientes con trasplante renal.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica, la búsqueda se realizó en las bases de datos Cochrane Plus, Pubmed, Lilacs y Cuiden Plus. Se utilizaron criterios de inclusión (riñón sano alimentación equilibrada, factores de riesgo, artículos disponibles a texto completo de manera gratuita y artículos originales) y el número de artículos aceptados finalmente fueron 38. La investigación se llevó a cabo en el año 2017.

RESULTADOS: De las bases de datos que se buscaron se encontraron 280 referencias, después de revisarlas y pasar los criterios de inclusión, aceptamos 38 documentos, estos fueron publicados desde 2003 a 2017. Algunos de los factores de riesgo en las personas que se van a someter a un trasplante renal son: Se pueden producir hemorragias durante la intervención. Puede haber rechazo. Que el riñón funcione menos de lo esperado. Puede presentar flebitis o abscesos de sangre alrededor del riñón. Que la enfermedad renal vuelva a aparecer en el riñón trasplantado.

CONCLUSIÓN: Una vez realizada la revisión, podemos decir que hay diversos factores considerados de riesgos que están asociados a pacientes con trasplante renal.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, DIETA, EQUILIBRIO, RIÑÓN, INTERVENCIÓN, QUIRÚRGICA.

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

ANTONIA MARIA VICO DIAZ, MARIA MANUELA LOPEZ MONTORO, MARÍA EUGENIA MOLINA GUZMÁN

INTRODUCCIÓN: Se le denomina disfunción eréctil a la incapacidad que puede tener el hombre para conseguir una erección y mantenerla, para poder llevar a cabo una relación sexual de manera satisfactoria. No es debido a la consecuencia del envejecimiento, por lo tanto afecta a millones de personas de sexo masculino, y por ello es tratable a cualquier edad.

OBJETIVOS: Analizar y describir las posibles causas en la disfunción eréctil.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica, la búsqueda se realizó en las bases de datos Cochrane Plus, Pubmed, Lilacs y Cuiden Plus. Se utilizaron criterios de inclusión (disfunción eréctil, causas, artículos disponibles a texto completo de manera gratuita y artículos originales) y el número de artículos aceptados finalmente fueron 32. La investigación se llevó a cabo en el año 2017.

RESULTADOS: De las bases de datos que se buscaron se encontraron 390 referencias, después de revisarlas y pasar los criterios de inclusión, aceptamos 32 documentos, estos fueron publicados desde 2000 a 2017. Algunos de las causas que dan lugar a la disfunción eréctil son: Las causa más común es el daño a los nervios, arterias como resultado de una enfermedad (esclerosis múltiple ...) Factores emocionales: ansiedad, depresión, estrés... Toma de medicamentos: tranquilizantes... Otras causas: tabaquismo, consumo excesivo de marihuana.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir diciendo que la disfunción eréctil es producida por distintas causas, tanto de aspectos emocionales, como de estilos de vida.

PALABRAS CLAVE: CAUSAS, HOMBRE, ERECCIÓN, RELACIÓN SEXUAL.

SIMILITUDES FARINGITIS VS MONONUCLEOSIS Y DIAGNÓSTICO

MARÍA DE LA CABEZA MOLINA CASTILLO, MARIA ELENA GARCÍA CHECA, LUISA MARIA RUS VALERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 25 años que acude a su médico de Atención Primaria por tener malestar general, presentar fiebre y lo que parece ser un constipado. También manifiesta dolor en hipocondrio izquierdo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física encontramos que presenta un a Tª de 39ºC. Se observan amígdalas enrojecidas, inflamadas y con puntos blancos. Se realiza analítica de sangre con serología amplia y el test de Paul- Bunnell (para mononucleosis). Test de estreptococo.

JUICIO CLÍNICO: Mononucleosis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Inicialmente y por el aspecto de las amígdalas se pensó que podría ser faringitis, por lo que se le pidió el test de estreptococo que como resultó negativo, se pensó que era una faringitis vírica. El dolor del hipocondrio derecho a la palpación demostró que tenía el bazo inflamado y gracias al test de Paul-Bunnell se confirmó que se trataba de una mononucleosis.

CONCLUSIONES: El tratamiento de la mononucleosis es sintomático, con corticoides y antitérmicos. Además se recomienda reposo y evitar deportes de contacto para evitar dañar el bazo que se encuentra inflamado. Con el tratamiento normalmente desaparecen todos los síntomas a los 2 o 3 meses. Evite compartir utensilios o besar si conoce a alguna persona que padece esta enfermedad. También se la conoce como la enfermedad del beso.

PALABRAS CLAVE: MONONUCLEOSIS, VIRUS, EPSTEIN-BARR, BESO.

IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN LA CONSULTA DE ALERGOLOGÍA

PAULA LORENTE OTIN, ROSARIO TORRES SALMERÓN, MATILDE IZQUIERDO RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: La rinitis es una inflamación de la mucosa nasal causada por la exposición a pólenes, ácaros del polvo, hongos o pelo de animales domésticos. Se considera el tipo de alergia más frecuente, los síntomas frecuentes de la rinitis alergia son los estornudos, secreción nasal, acuosa, picor de nariz y taponamiento nasal.

OBJETIVOS: Determinar las distintas manifestaciones clínicas que se puede presentar la rinitis alérgica.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos Cochrane Library, Cuiden, Medline y Scielo. Criterios de inclusión todos los artículos que se encontraban entre los años 2012-2017.

RESULTADOS: Las alergias son enfermedades crónicas que se pueden tratar, a parte de una correcta medicación para aliviar los síntomas se pueden tomar medidas para reducir el contacto con los alérgenos y poder vivir sin brotes durante el mayor tiempo posible. La rinitis alérgica puede presentarse de forma persistente y afecta más de 4 días a la semana y durante más de 4 semanas. Y también se puede presentar de manera intermitente, afecta menos de 4 días a la semana o durante menos de 4 semanas.

CONCLUSIÓN: La alergia es una respuesta exagerada que hace que algunas sustancias con las que contactamos y que para la mayoría de personas son inocuas, sean dañinas. Esta reacción exagerada se traduce en inflamación de la piel y mucosas. El diagnóstico se realiza habitualmente mediante pruebas cutáneas que pueden realizarse en todas las edades.

PALABRAS CLAVE: RINITIS, ENTORNO, CUIDADOS, TCAE, ALERGOLOGÍA.

FACTORES DE RIESGO PARA READMISIONES HOSPITALARIAS POR ASMA

EVA MARIA LÓPEZ TRUJILLO, SANDRA IBAÑEZ SOLIS, VIRGINIA MILLAN ARAGON

INTRODUCCIÓN: El mayor factor de riesgo es la atopía Además hay otros factores que pueden estar relacionados con el desarrollo de Asma no ocupacional, como las infecciones respiratorias virales, el humo del cigarro, etc.

OBJETIVOS: El objetivo es analizar las readmisiones hospitalarias por asma, así como los factores asociados a su aumento.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio retrospectivo que incluyó todas las admisiones de pacientes mayores de 18 años debido a la exacerbación del asma que se produjo entre los años 2011 y 2016. Se revisaron los registros clínicos para recoger los datos: La primera hospitalización de cada paciente se incluyó para este estudio. Una readmisión temprana (ER) es la que se produjo en los siguientes 15 días después del alta hospitalaria y la readmisión tardía (LR) a la que ocurre a partir de los 16 días posteriores al alta.

RESULTADOS: Este estudio recogió 2058 ingresos hospitalarios y 1225 pacientes, con una edad media de 60 años. De los 1.225 Pacientes analizados, un 3.7% Tenían un ER y un 27.6% Un LR.

CONCLUSIÓN: Alrededor del 27% de los pacientes ingresados debido a una exacerbación del asma tuvieron episodios repetidos de hospitalización.

PALABRAS CLAVE: ASMA, READMISIONES, FACTORES DE RIESGO, INGRESOS HOSPITALARIOS.

CASO DE DISNEA E INFECCIÓN RESPIRATORIA

ESTER DELGADO DELGADO, FRANCISCO JAVIER GALVÁN JURADO, ANA MARÍA GAMEZ CAMPOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente 58 años que reingresa tras ser dado de alta por neumonía intersticial bilateral que vuelve con disnea progresiva e edemas en extremidades inferiores. No fiebre.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado, bien hidratado con Sat O₂ 93%, ta 111/65. AC: Rítmica sin soplos. AP: Disminución de murmullo vesicular, con crepitantes en ambas bases pulmonares. Tiraje intercostal. Abdomen: Blando, depresible, no masas. Extremidades: Pulsos conservados y simétricos, edemas con fovea. Hemograma: Hb 11.8, Ht^o 35.5, 15200 Leucocitos (82%). Coagulación: APT 64%, fibrinógeno 805. Bioquímica: Urea 45, creatinina 139, Na,123, BT 1,3, GOT 185, GPT 106, PCR 287. RX Tórax: ICT de mayor del 50% infiltrado intercostal bilateral, parcheado, de predominio en gases. Engrosamiento de cisura menor.

JUICIO CLÍNICO: Disnea en paciente VIH con infiltrado pulmonar bilateral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Edema pulmonar, Asma broquial, Bronquitis pulmonar, Enfisema pulmonar, Neumonía.

PLAN DE CUIDADOS: Permanecer con el Oxígeno el mayor tiempo posible. No hacer esfuerzos, ni coger peso. Iniciar progresivamente las actividades de la vida diaria. Vacuna antigripal anualmente. Seguimiento por su médico de atención primaria.

CONCLUSIONES: La disnea es la dificultad respiratoria que se manifiesta como una sensación de falta de aire en los pulmones, puede dar lugar a una disminución del nivel de oxígeno, mareos, náuseas y ansiedad.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, TORÁX, ENFERMEDAD, PULMÓN, NEUMONÍA.

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EN EL PACIENTE CON ACCIDENTES CEREBROVASCULAR

DULCENOMBRE EXPÓSITO ESPINOSA, SERGIO RODRIGUEZ BONACHERA, MONTSERRAT TIRADO SANCHEZ, MARÍA SOFÍA MAÑAS ARCO

INTRODUCCIÓN: El ictus es la segunda causa de muerte en España, y la primera de discapacidad en el adulto, lo que favorece un elevado consumo de recursos y coste económico, lo que se puede ver agravado por el progresivo envejecimiento de la población.

OBJETIVOS: Describir los niveles asistenciales en el ictus. Analizar la cadena asistencial desde la activación del código ictus hasta la hospitalización del paciente. Definir las funciones o cuidados del TCAE ante un paciente con ictus.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda bibliográfica entre los meses de septiembre a octubre de 2017 en 3 diferentes bases de datos (Cuiden, Scielo y Dialnet), de la que obtenemos 48 resultados. Tras aplicar los criterios de exclusión e inclusión, y tras la lectura a título, resumen y texto completo, seleccionamos un total de 17 para la realización de nuestro trabajo.

RESULTADOS: El ictus hay que considerarlo como una urgencia neurológica que requiere una atención organizada y especializada. El ingreso de los pacientes en Unidades de Ictus reduce la mortalidad y la dependencia tras su fase aguda. Se debe asegurar una atención de calidad, para lo que se requiere una correcta adhesión de los profesionales sanitarios a los protocolos de actuación a lo largo de toda la cadena asistencial..

CONCLUSIÓN: La asistencia al ictus ha logrado un gran avance, pero aún hay aspectos en los que mejorar como pudiera ser el lograr la equidad de la asistencia en toda la geografía española, fortalecer las campañas informativas a la población o perseverar en la formación continua y actualizada de los profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, ASISTENCIA SANITARIA, ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, CUIDADOS.

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

VERÓNICA EXPÓSITO ESPINOSA, SERGIO RODRIGUEZ BONACHERA, MONTSERRAT TIRADO SANCHEZ, MARÍA SOFÍA MAÑAS ARCO

INTRODUCCIÓN: El hígado es un órgano fundamental con funciones muy importantes para el organismo, de las que podemos citar: síntesis de proteínas, metabolismo de los medicamentos y almacenamiento de energía. También elimina los productos de desecho y las toxinas de la sangre. Cuando la insuficiencia hepática es muy grave y no responde a los medicamentos el trasplante es la única opción real.

OBJETIVOS: Definir los principales cuidados que el TCAE debe proporcionar a un paciente trasplantado de hígado. Aumentar el estudio sobre este problema de salud.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica referente en Pubmed, Medline, Cuiden y Scielo entre julio y octubre de 2017, donde finalmente se obtuvieron 28 resultados que han sido utilizados en esta revisión.

RESULTADOS: Una de las principales aportaciones de esta revisión bibliográfica es la de aunar todos los conocimientos existentes de este tema tratado para acercarlo más a la población. La principal limitación de este estudio es el escaso material que hay referido a este tema.

CONCLUSIÓN: El papel de enfermería (DUE y TCAE) antes, durante y después del trasplante es importantísimo en el proceso de recuperación del paciente. Es importantísimo el trabajo multidisciplinar y desde los distintos ámbitos y servicios de atención. El apoyo psicológico tanto al paciente como a la familia es fundamental. Los cuidados en estos pacientes son muy variados: cambios posturales, poyo a la familia, higiene, EPS, ejercicios pasivos, seguimiento en consulta...

PALABRAS CLAVE: TRASPLANTE HEPÁTICO, CUIDADOS, ENFERMERÍA, INSUFICIENCIA HEPÁTICA.

RELACIÓN ENTRE SÍNDROME METABÓLICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

MARIA DEL CARMEN BADIA GÓMEZ, JOSE LUIS AGUILERA DEL CORRAL, ANA ROCIO OCON ALBA

INTRODUCCIÓN: El síndrome metabólico se define como asociación de problemas de salud que pueden aparecer de manera secuencial o simultánea en una misma persona y pueden ser causados por factores genéticos, estilos de vida, etc. El síndrome coronario agudo es conjunto de afecciones de corazón caracterizadas por aporte insuficiente de sangre al miocardio. El síndrome metabólico está presente en una gran proporción de los pacientes que tienen algún tipo de enfermedad coronaria.

OBJETIVOS: Determinar la relación entre el síndrome coronario agudo y la presencia o comorbilidad del síndrome metabólico.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo, etc. Se usaron descriptores como síndrome coronario agudo, infarto agudo de miocardio, síndrome metabólico, etc. Se usaron en español y en inglés. Se buscaron estudios de todo tipo como descriptivos, estudios caso-control, ECAs, etc. Se limitó la búsqueda a estudios realizados entre 2012 y 2017.

RESULTADOS: Se observa que síndrome metabólico se ha asociado a un aumento de riesgo de padecer enfermedades coronarias. La evidencia es escasa en cuanto a que el riesgo sea menor que el que tienen sus componentes por separado. Los resultados muestran que el riesgo que confiere el síndrome metabólico es igual al de padecer diabetes o la hipertensión por separado, aunque mayor que el riesgo de la obesidad abdominal o el HDL bajo.

CONCLUSIÓN: El síndrome metabólico tiene una elevada aparición en los pacientes que sufren o han sufrido un síndrome coronario agudo, especialmente en las mujeres. Los resultados que podemos leer en los artículos encontrados muestran que el riesgo que confiere el síndrome metabólico es igual al riesgo de la diabetes o la hipertensión por separado, aunque mayor que el riesgo de la obesidad abdominal o el HDL bajo. Por eso es necesario la realización de un mayor número de estudios acerca de este tema.

PALABRAS CLAVE: PREVALENCIA, DIABETES, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, SÍNDROME CORONARIO AGUDO, SÍNDROME METABÓLICO.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE ULISES: ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE DEL INMIGRANTE

SARA GONZÁLEZ-NICOLÁS LEAL, IRACHE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MARIA INMACULADA VERGARA GOMEZ, NURIA MORCILLO LORENZO

INTRODUCCIÓN: Síndrome de naturaleza psicológica no es un trastorno mental sino un cuadro intenso de estrés. Es un cuadro reactivo ante situaciones límite, una variante extrema del duelo migratorio clásico que supera la capacidad de adaptación a la nueva vida. Es una de las patologías más frecuentes entre los inmigrantes atendidos en los servicios de urgencias en el siglo XXI. FR: Niveles educativos extremos, edades extremas, duelo extremo, desconocimiento del idioma, marginalidad, etapa de la migración, alto nivel de estresores, grandes limitaciones y altas tasas de incidencia de psicopatología por duelo migratorio en el país de procedencia NIC: Educación sanitaria, apoyo emocional, aumentar el afrontamiento, aumentar los sistemas de apoyo, facilitar el duelo, escucha activa, establecimiento de objetivos comunes, disminución de la ansiedad, guías del sistema sanitario, intermediación cultural, mediar en conflictos, mejorar el acceso a la información sanitaria, potenciar la socialización, terapia de relajación simple.

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. Identificar los factores de riesgo en el desarrollo de esta patología. Determinar las intervenciones de Enfermería necesarias para dar una atención integral.

METODOLOGÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: se revisan un total de 13 artículos de las siguientes bases de datos: Science Direct, Dialnet, Elsevier, Pubmed, IME y Scielo. Límites de búsqueda: últimos diez años, idioma español, sujetos inmigrantes de cualquier nacionalidad.

RESULTADOS: Relación directa entre el estrés que viven los inmigrantes y la sintomatología que desarrollan. Se puede percibir desde antes del abandono del país de residencia.

CONCLUSIÓN: La atención de enfermería es facilitar el duelo migratorio: prevención, rehabilitación e identificación de factores de riesgo. El ámbito de aplicación es desde Atención Primaria a cualquier servicio con personal de Enfermería.

PALABRAS CLAVE: ESTRÉS, CRONICIDAD, SÍNDROME DE ULISES, DUELO MIGRATORIO, ESTRÉS MÚLTIPLE.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL

MARIA ALDARA LOPEZ GAMERO, JUAN JOSE LOPEZ GUILLEN, MARIA SOLEDAD GAMERO ORTEGA

INTRODUCCIÓN: Actualmente, muchos jóvenes son consumidores de alcohol de forma descontrolada, igual sucede en fiestas señaladas donde se incrementa el porcentaje de ingresos hospitalarios con tal motivo. La agitación es el primer síntoma de un paciente con intoxicación etílica para requerir la asistencia sanitaria. El alcohol etílico no tiene antídoto específico pues el carbón activo es totalmente ineficaz como absorbente de etanol y el lavado gástrico no está indicado como respuesta pues, normalmente, la valoración de los pacientes se realiza después de la fase de absorción gastrointestinal cuando han tenido vómitos espontáneos.

OBJETIVOS: Identificar las principales complicaciones de la ingesta excesiva de alcohol.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión, análisis y valoración de artículos y estudios clínicos sobre las actuaciones en caso de pacientes con síntomas de intoxicación etílica.

RESULTADOS: La ingesta excesiva de etanol, entendiendo como tal el consumo de más de 80 gramos por día, comporta graves problemas de salud y sociales, y puede producir diversas complicaciones, destacándose: Traumatismos producidos por caída o accidente. Neuritis compresiva que se ocasiona con motivo de una largo tiempo de inconsciencia de la persona, apoyada sobre una zona de su cuerpo, produciéndole una lesión por compresión. Broncoaspiración del vomito. Fibrilación auricular transitoria o arritmia cardiaca producida por latidos auriculares descoordinados y desorganizados. Hipoglucemia que si no se detecta a tiempo puede producir complicaciones en la evolución neurológica.

CONCLUSIÓN: Es importante que el TCAE conozca los procedimientos ante un paciente con intoxicación etílica debiendo seguir, para una actuación eficaz un protocolo de actuación que deberán contener, al menos: La valoración del estado neurológico, cardiocirculatorio y respiratorio del paciente. La actuación correspondiente según los síntomas presentados.

PALABRAS CLAVE: INTOXICACIÓN ETÍLICA, ALCOHOLISMO, EMBRIAGUEZ GRAVE, INGESTA DE ETANOL.

LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UN GOLPE DE CALOR

MARIA ALDARA LOPEZ GAMERO, JUAN JOSE LOPEZ GUILLEN, MARIA SOLEDAD GAMERO ORTEGA

INTRODUCCIÓN: El golpe de calor o insolación se produce con el descontrol corporal de la temperatura, fallando el mecanismo del sudor e impidiendo que se enfríe, pudiendo alcanzar más de 41°C en pocos minutos y puede ocasionar la muerte o producir una discapacidad permanente si no se proporciona tratamiento de emergencia.

OBJETIVOS: Identificar la sintomatología en un golpe de calor. Analizar la importancia de un plan de prevención.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática a través del análisis y valoración de artículos, noticias y documentos sobre la insolación.

RESULTADOS: Las sintomatologías relacionadas con la insolación son: dolor de cabeza, mareo, náuseas, confusión, fiebre superior a 39°C, pulso rápido, piel roja, caliente y seca (sin sudor). Algunas Administraciones Públicas publican folletos informativos generales y recomendaciones concretas para Centros Sanitarios que atienden a colectivos vulnerables, sobre la conservación de medicamentos y alimentos y protocolos de asistencia. Andalucía pone en marcha, anualmente, un Plan de Prevención de los efectos de las temperaturas excesivas sobre la salud, para prevenir situaciones de riesgo y minimizar los efectos que pueden provocar en la salud de los colectivos más vulnerables.

CONCLUSIÓN: Centrar los esfuerzos preventivos en los colectivos especialmente vulnerables frente a la insolación. Hacer llegar la mayor información posible a toda la población, indicando las actuaciones a tener en cuenta en caso de síntomas relacionados con el calor extremo. Incentivar el desarrollo de protocolos diagnóstico-terapéutico en la patología del calor. Elaborar, en los Centros sanitarios, un Plan de actuación interno con pautas generales a considerar en los casos de insolación.

PALABRAS CLAVE: INSOLACIÓN, OLA DE CALOR, GOLPE CALOR, CALOR EXTREMO.

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

PALOMA AGUILERA VARO, CONCEPCIÓN GONZALEZ ORUS, ANNA VÉLEZ MASSANA, MATILDE GÓMEZ GOMEZ, NURIA MORAL ALGABA, ROSARIO MEDINA PERALTA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 72 años fumador desde hace 55 años con una vida totalmente activa e independiente, acude de urgencias a su centro de atención primaria con un dolor torácico agudo, tos productiva con expectoración mucosa purulenta y disnea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física del paciente fue la siguiente: TA 110/70 mmHg; pulso: 104 x'; respiración: 22x'; SatO₂: 97% (basal); T°: 38,5°C. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular levemente disminuido en base de hemitórax izquierdo. Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, soplo diastólico multifocal. Se realiza ecocardiografía sin alteraciones estructurales, broncoscopía sin lesiones endobranquiales, radiografía de tórax, gasometría arterial y cultivo de líquido pleural.

JUICIO CLÍNICO: Neumonía. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Resfriado común, pulmonía, tuberculosis.

PLAN DE CUIDADOS: Reposo en cama semi-fowler, antibiótico establecido, oxigenoterapia, hidratación oral.

CONCLUSIONES: La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Se transmite principalmente por contacto directo con personas infectadas. Existe suficiente evidencia que tanto el tabaquismo activo como pasivo se asocian a un aumento de neumonía y formas graves, en especial por neumococo, por lo cual se debe seguir enfatizando en la población los riesgos del consumo de tabaco, mejorar y fortalecer los programas de cesación tabáquica para evitar nuevos fumadores.

PALABRAS CLAVE: PULMONÍA, TUBERCULOSIS, SEMI-FOWLER, NEUMOCOCO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CETOACIDOSIS METABÓLICA

MARIA JESUS TUNEZ MURCIA, CANDIDO CALIZ JIMENEZ, ALICIA LOPEZ MENDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 27 años presentado al servicio de urgencias con taquipnea, taquicardia, hipotensión, poliuria, GCS disminuido, encontrándose el paciente letárgico y confuso. Historial médico: Diabetes mellitus tipo 1, familia reporta que el paciente no sigue las pautas prescritas por facultativo adecuadamente desde hace una semana debido a estrés laboral y problemas personales. El paciente informa que el valor de la glucemia antes de llegar al servicio de urgencias era de 300 mg/dl.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Glucemia: La Glucemia es mayor a 250 mg/dl (> 14 mM/l). Gas arterial: El pH arterial es menor de 7.35, El pH venoso es menor de 7.30 O el Bicarbonato sérico es menor de 15 mEq/l. Cuerpos cetónicos en sangre y orina. Urinálisis, tira de orina, con presencia de cetonas.

JUICIO CLÍNICO: Cetoacidosis metabólica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cetoacidosis metabólica. Deshidratación.

CONCLUSIONES: La Cetoacidosis Diabética (CAD) es una de las complicaciones agudas que pone en peligro la vida de los pacientes portadores de diabetes mellitus. Es importante conseguir acceso periférico urgente y empezar fluidoterapia para normalizar el volumen circulatorio, disminuir la concentración de glucosa e H⁺ (también disminuye el K⁺) por dilución y por mayor excreción en el ámbito renal, disminuir por dilución la concentración de las Hormonas contrarreguladoras. En general, se aporta solución salina isotónica (cloruro de sodio al 0.9). Junto con la corrección hidroelectrolítica, la administración de insulina es fundamental en el tratamiento de la CAD. Al inicio del tratamiento siempre se administrará Insulina Cristalina. La dosis inicial (en Bolo EV): es de 10 U (Entre 6 a 12 U). Luego se administrará, según los autores y el criterio del profesional actuante: Infusión Ev Constante Con Bomba: 0,1 U/K/H. Es práctico preparar una infusión de 1 U/ml. Dosis Horaria (IM): 0,1 U/K/H. La vía IntraMuscular no se utilizará en caso de hipotensión arterial o mala perfusión periférica.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DIABETES MELLITUS, DIABETES TIPO I, CETOACIDOSIS, METABÓLICA, INSULINODEPENDIENTE.

DOLOR ARTICULAR Y MALESTAR GENERAL EN PACIENTE TRASPLANTADO

MIGUEL ANGEL GONZÁLEZ GAGO, MARIA DE LOS ANGELES MARQUEZ SANCHEZ, SONIA PULIDO GONZALEZ, MARIA CANDIDA HERNANDEZ MARFIL, ADRIÁN RODRÍGUEZ VEGA, VERÓNICA AGUILAR CASADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 63 años, sin AMC. Ex fumador desde hace 19 años (20 paquetes/año). Independiente para ABVD's. Acude a urgencias por cuadro clínico, de 48 horas de evolución, de MEG, fiebre, eritema y aumento de temperatura de la articulación radiocarpiana además de dolor e impotencia funcional. AP: Osteoporosis en seguimiento por reumatología, HBP, esclerosis sistémica difusa con afectación cutánea y pulmonar, precisando trasplante unipulmonar izquierdo hace cuatro años y tratamiento inmunosupresor desde entonces.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente CyO, GCS 15, EVA 5, sin focalidades neurológicas. Normocoloreado y normohidratado. Constantes vitales: Tax 38,2°, FC 102 ppm, TA 143/87 mmHg, SatO2 97%, FR 18 rpm. ACV: Tonos rítmicos. Pulsos periféricos presentes y simétricos. AR: MVC, eupneico en reposo. Signos flogóticos en ESI e impotencia funcional. Rx Tórax: ICT normal, pérdida de volumen pulmonar derecho. A/S: Leucocitos 6900 u/mm³, Hb 13,3g/dl, Hto 40,8%, PCO₂ 28mmHg, PCR 35,4 mg/dl, Lactato 0,82 mmol/ L. IGRA negativo. Mielograma: Médula ósea reactiva, ferropenia. RNM muñeca izquierda: Sinovitis en articulación radiocarpiana, con pannus sinovial y cuerpos de arroz. Celulitis extensa en muñeca y mano.

JUICIO CLÍNICO: Paciente con MEG y fiebre, presenta signos flogóticos e impotencia funcional en muñeca de ESI orientándose como artritis séptica y celulitis en articulación radiocarpiana con leucopenia en contexto de infección aguda y tratamiento inmunosupresor. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Artritis séptica vs Artritis reumatoide. En las artritis séptica se produce la inflamación por colonización articular de agentes patógenos y en la artritis reumatoide la inflamación se produce por un proceso autoinmune que daña el tejido articular.

CONCLUSIONES: OD: Artritis séptica y celulitis. Se descartó artrocentesis por derrame articular no accesible. Se inició tratamiento antibiótico con cloxacilina y cefepime. Se realizó biopsia y lavado articular en quirófano. Se inició feroterapia por anemia.

PALABRAS CLAVE: ARTRITIS, FIEBRE, SÉPTICO, REUMATOIDE, TRASPLANTE.

PACIENTE CON FIEBRE Y HEMOPTISIS ACUDE A URGENCIAS

MIGUEL ANGEL GONZÁLEZ GAGO, MARIA DE LOS ANGELES MARQUEZ SANCHEZ, ADRIÁN RODRÍGUEZ VEGA, MARIA CANDIDA HERNANDEZ MARFIL, VERÓNICA AGUILAR CASADO, SONIA PULIDO GONZALEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 49 años, sin AMC. Fumador de 10 cigarros/día desde hace 30 años. Sin otros hábitos tóxicos. Acude a urgencias por dolor costal de 15 días de evolución y hemoptisis. Presenta fiebre/distermia desde hace dos días de hasta 41° acompañada de anorexia, con pérdida de 6 kg en el último mes. AP: DLP en tratamiento farmacológico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente CyO. GCS 15. Sin focalidades neurológicas. MEG, normohidratado, leve palidez cutánea. Constantes vitales: TA 149/91 mmHg, FC 86 ppm, SatO2 97%, Tax 37,7° y FR 24 rpm. Dolor en la palpación de arcos costales derechos y espacios intercostales generalizados. ACV: Ruidos regulares, sin soplos ni roce pericárdico. AR: Roncus bilaterales: A/S: Leucocitos 16100 U/mm³, Hb 10,4g/dl, Hto 31,5%, INR 1,31, Tiempo de protrombina 14,2 s, PCR 66,2 mg/L. Rx Tórax: Silueta cardiaca normal, sin signos de IC. Aumento de densidad en LMD con nivel hidroaéreo.

JUICIO CLÍNICO: Paciente que acudió a urgencias por malestar general de semanas de evolución y dolor costal con anorexia y hemoptisis. En analítica sanguínea se objetivó signos de infección aguda y en Rx de tórax se observó opacidad redondeada con márgenes borrosos y presencia de nivel hidroaéreo en su interior sugestivo de absceso pulmonar en LMD. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Absceso pulmonar vs Empiema pleural. El absceso pulmonar es una lesión en la que se acumula pus delimitado por tejido inflamatorio y generalmente se encuentra bien localizado mientras que en el empiema pleural se produce una acumulación de pus diseminada entre la pleura parietal y la visceral.

CONCLUSIONES: Orientación diagnóstica: Absceso pulmonar. Se procedió a realizar cultivos de sangre y esputo. Se inició tratamiento antibiótico a la espera de resultados de cultivos. Ingresó en planta de cirugía torácica para seguimiento y estudio.

PALABRAS CLAVE: FIEBRE, HEMOPTISIS, PULMONAR, EMPIEMA, ABSCESO.

ESTREÑIMIENTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: CAUSAS QUE ENFERMERÍA DEBERÍA CONOCER

MARTA ZARCO MALDONADO, LIDIA ISABEL JIMENEZ ENRIQUEZ, NATALIA RODRIGUEZ GIJON

INTRODUCCIÓN: El estreñimiento es uno de los problemas gastrointestinales más frecuentes de la población general y este problema se intensifica en los pacientes que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Existen multitud de definiciones de estreñimiento, cogiendo la definición de la OMS se define como: menos de tres deposiciones a la semana.

OBJETIVOS: Conocer la incidencia y las causas que se asocian al estreñimiento en los pacientes ingresados en UCI.

METODOLOGÍA: Para llevar a cabo nuestro estudio hemos realizado una revisión bibliográfica en varias bases de datos: Scopus, Cuiden, Pubmed y Medline. Encontramos un total de 4 estudios que datan desde 2014. Los descriptores utilizados fueron: estreñimiento y UCI. La fórmula de búsqueda fue: estreñimiento y UCI y constipación and intensive care unit para las bases de datos internacionales.

RESULTADOS: Los estudios analizados son estudios observaciones que muestran una incidencia que va desde el 84,06% de estreñimiento hasta el 46,7%. Las causas que están asociadas al aumento de la incidencia son muy diversas, pero todos los estudios demuestran que las más importantes son: las causas de ingreso, días en UCI, utilización de medicación; entre la que destacan relajantes musculares, opiáceos midazolam y antihipertensivos y ventilación mecánica. Algunos de los estudios también lo relacionan con la edad, a mayor edad más riesgo y al peso, siendo la obesidad un factor de riesgo.

CONCLUSIÓN: Es evidente que existe un alto riesgo de sufrir estreñimiento a los pacientes que se encuentran ingresados en UCI, es por eso muy importante que desde enfermería se diagnostique rápido para poder comenzar lo antes posible con las intervenciones enfermeras y tratamiento médico cuando fuera necesario.

PALABRAS CLAVE: ESTREÑIMIENTO, UCI, CAUSAS, INCIDENCIA.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL ADULTO

CRISTINA DOMINGUEZ SANTOS, MARIA JOSE LORA MACARRO, ANA ISABEL GARCÍA LIBRERO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la segunda causa de muerte y la principal causa de discapacidad en el adulto, constituyendo un problema de salud pública bastante importante. Por ello, es importante que la población conozca los factores de riesgo para una ECV de manera que procuremos unos hábitos de vida saludables.

OBJETIVOS: Describir los FRC y la importancia de adquirir unos hábitos de vida saludables.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Medline y Google académico.

RESULTADOS: Es importante detectar los FRC y crear conciencia en la población para así identificar su vulnerabilidad y establecer estrategias de prevención fomentando hábitos de vida saludables. Con ello lo que se espera es que haya una menor prevalencia de ECV y tener una población activa con mejor calidad de vida. Los FRC se dividen en dos grupos: no modificables como edad, sexo y antecedentes familiares y, modificables como colesterol, tabaquismo, HTA, diabetes, obesidad y sedentarismo. Aquellos FRC modificables son los que podemos evitar llevando un estilo de vida saludable: evitando una alimentación con alto contenido en grasas y azúcares, eliminando el hábito tabáquico, realizando ejercicio físico, entre otros. Varios estudios demuestran una alta prevalencia de factores de riesgos cardiovasculares siendo elevado el riesgo cardiovascular en la población española.

CONCLUSIÓN: Dados los resultados de los estudios, queda justificada la necesidad de adquirir unos hábitos de vida saludables para minimizar en la medida de lo posible la prevalencia y mortalidad por enfermedad cardiovascular. Nosotros, como profesionales sanitarios tenemos un amplio campo de trabajo para intervenir. En nuestro quehacer diario podemos detectar dichos factores de riesgos en nuestros pacientes y promover, mediante educación sanitaria una vida más saludable.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, RIESGO CARDIOVASCULAR.

COLITIS ULCEROSA: SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

MANUELA LIÑAN GARCÍA, M. CUSTODIA CORTÉS FERNÁNDEZ, RAQUEL CORTÉS FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica del colon inflamatoria. Sus síntomas son diarrea, sangre en las heces, dolor abdominal.

OBJETIVOS: Analizar qué es la colitis ulcerosa, sus síntomas, diagnóstico y tratamiento.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se utilizaron términos descriptores en la búsqueda como; Colitis ulcerosa, inflamación colon, sangre heces, cólico.

RESULTADOS: Sin causa exacta que la produzca existen tres factores importantes en su aparición son: medio ambiente, genético y por una reacción inapropiada del sistema inmune. El revestimiento intestinal se inflama y úlcera, no tiene capacidad para absorber del material de desecho que pasa por el colon. Esto hace que las heces se ablanden y presentan diarrea. Produce mucosidad en las heces e incluso sangrado, dando lugar con el tiempo a padecer anemia. Produce un dolor abdominal tipo cólico que puede hacer que se pierda el apetito y pérdida de peso. Los síntomas de la colitis aparecen y desaparecen solas. Tienen periodos en los que la enfermedad no aparece. No solo los síntomas se presentan en el intestino grueso sin también se presentan ojos enrojecidos con dolor y picazón, boca con llagas, dolor e hinchazón en las articulaciones, piel con quiste y llagas dolorosas, osteoporosis, cálculos en el riñón. Se diagnostica con un análisis de materia fecal, análisis de sangre, sigmoidoscopia y colonoscopia. Los tratamientos quieren alcanzar la remisión y mantenerla. Los medicamentos más utilizados son: Amino salicilatos, Inmunomoduladores, Corticosteroides y terapias biológicas. Se puede reducir los síntomas con los nutrientes perdidos y facilitar la cicatrización. Dietas bajas en sodio, fibra, grasa, sin lactosa y alta en calorías.

CONCLUSIÓN: La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica. No se conoce como afectará a cada persona, hay quien tiene brotes frecuentes y quien no tiene síntomas en años. Se puede tratar para controlarlo sin curarse.

PALABRAS CLAVE: COLITIS, DIARREA, CÓLICO, SANGRADO, INFLAMACIÓN COLON, DOLOR ABDOMINAL.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE URINARIO: PREVENCIÓN DE INFECCIONES

MARÍA MARTÍNEZ MIRALLES, LAURA PORRAS RIQUELME

INTRODUCCIÓN: El sondaje vesical permite que mediante la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra el paciente pueda evacuar la orina sin dificultar ni malestar. Es una técnica sencilla, pero a la vez presenta un alto riesgo de presentar infección urinaria debido al catéter vesical. El paciente autónomo para prevenir y evitar infecciones ha de ser capaz de realizar autocuidados para evitar la aparición de complicaciones. El personal de enfermería de atención primaria ha de llevar un control de estos pacientes y comprobar que las actuaciones llevadas a cabo son correctas y evaluar periódicamente los autocuidados de la sonda y posibles complicaciones o señales de alarma que han corregir. Enfermería juega un papel importante en la educación del paciente y familia para saber afrontar la situación y poder llevar un día a día normal y poder resolver sus dudas y miedos ante la nueva situación.

OBJETIVOS: Conocer los cuidados del paciente con sondaje vesical permanente por parte del personal de enfermería.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionado con el tema en cuestión y buscando en bases de datos como Pubmed, MedLine y Scielo. La búsqueda se realiza entre los meses de noviembre de 2014 y junio 2015. Los operadores booleanos son and y or.

RESULTADOS: El personal de enfermería a de tener en cuenta las características y necesidades de cada paciente pues cada individuo es diferente al otro y presenta una edad, sexo, autonomía, patologías que difieren unos de otros por ello hay que tener en cuenta la presencia de signos y síntomas de cistitis, pielonefritis y uretritis para pautar la higiene necesaria y las actuaciones a realizar. Enseñar y detectar la posible obstrucción de la sonda.

CONCLUSIÓN: Su actuación es importante para evitar infecciones, pues un cuidado adecuado es básico.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, SONDAJE VESICAL, PREVENCIÓN, ENFERMERÍA.

IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA CONTRACTURA CAPSULAR

MARÍA CARMEN ORTEGA RUS, MARIA JOSE MARQUÉS RACIONERO, MANUELA MARIA BLAZQUEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La intervención de aumento de pecho mediante prótesis tiene una serie de riesgos potenciales donde destaca la contractura capsular que es la respuesta de nuestro sistema inmune ante un “cuerpo extraño” formándose una capa fibrosa compuesta principalmente de colágeno alrededor del implante. Si se desarrolla en exceso provoca endurecimiento, compresión y deformación de la prótesis ocasionando gran dolor dependiendo del grado en el que se encuentre. El porcentaje de riesgo varía entre un 2% a un 20% y dicha disparidad de porcentajes.

OBJETIVOS: Determinar las causas que pueden aumentar y disminuir el riesgo.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diversas páginas web: Sociedad Española de cirugía plástica, reparadora y estética (SECPRE), las de diversos cirujanos plásticos pertenecientes a la SECPRE y en la base de datos científica Pubmed.

RESULTADOS: Nos encontramos que hay muchos factores de riesgo que aumentan o disminuyen el porcentaje. Encontramos: Principal: Desarrollo de Biofilm (agrupación de bacterias muy resistentes que se desarrollan alrededor de la prótesis). Idiosincrasia individual. Técnica quirúrgica utilizada. Localización del implante y vía de abordaje. Tipo de prótesis, cubierta y fabricante. Incidencias postoperatorias: hematomas, seromas. Manajes y/o inmovilización del pecho postoperatorios.

CONCLUSIÓN: Aumentan el riesgo: Prótesis de fabricantes no avalados por la CE, colocación del implante subglandular, prótesis de cubiertas lisas, prótesis rellenas de suero salino, vía de abordaje periaerolar u axilar, hematomas y seromas postoperatorios y movilización de la prótesis. Disminuyen el riesgo: Las prótesis de fabricantes con gran trayectoria de mercado y avaladas por la CE, prótesis de gel cohesivo y cubierta texturizada, prótesis de poliuretano, terapia antibiótica profiláctica, técnica quirúrgica “No Touch”, cirujanos plásticos con titulación y avalados por la SECPRE, colocación del implante subpectoral mediante vía submamaria, colocación de drenajes para expulsar restos hemáticos e inmovilización de la zona operada y cuidados postoperatorios durante el tiempo que precise el cirujano.

PALABRAS CLAVE: AUMENTO DE PECHO, CONTRACTURA CAPSULAR, FACTORES DE RIESGO, PRÓTESIS MAMARIAS.

DIABETES GESTACIONAL Y DIABETES MELLITUS: UN FACTOR DE RIESGO

PATRICIA GALLARDO PÉREZ, JESSICA FERRE VARGAS, MARÍA GARCIA VACAS

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de la Diabetes Mellitus (DM) está aumentando notablemente en la última década. Según la OMS, en España a 2016 la prevalencia de la DM es de 9,4% de la población nacional. Por ello es importante la prevención y conocer los factores de riesgo asociados a ésta.

OBJETIVOS: Conocer la relación de la diabetes mellitus gestacional (DG) como factor de riesgo de la DM.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión sistemática en las bases de datos google académico y en el buscador Gerión de la Biblioteca Virtual del SAS. Palabras clave “diabetes gestacional”, “factor de riesgo” y “diabetes mellitus”. Obtuvimos 1838 resultados. Acotando la búsqueda a artículos de menos de 5 años y limitando la búsqueda con los filtros de contenido (publicaciones académicas), idioma (español y portugués), seleccionando finalmente tres artículos fieles al tema para su análisis.

RESULTADOS: En los tres artículos se realizan diferentes estudios donde se analiza la influencia de padecer DM tras sufrir DG en alguno de los embarazos. En los tres se comprueba que la DG actúa como factor de riesgo para la DM tipo 2, llegando a desarrollar la enfermedad el 32,7% de las pacientes en uno de los estudios. También se analizan otros factores como IMC > 26,4 kg/m² y la necesidad de insulina en el embarazo con DG. El padecer DG puede influir en la aparición de otras alteraciones además de la DM, como son la Hipertensión Arterial, dislipemia y el síndrome metabólico.

CONCLUSIÓN: Conociendo ciertas características de una embarazada podemos adelantarnos a una posible DM con grandes repercusiones negativas en la salud de la población. Es de gran importancia dar una buena educación sanitaria en la prevención de la DM desde la detección de la DG y prevenir la evolución a DM junto a las otras patologías antes mencionadas.

PALABRAS CLAVE: DIABETES GESTACIONAL, DIABETES MELLITUS, FACTOR DE RIESGO, ENFERMERÍA.

EL TIEMPO COMO UN FACTOR DE RIESGO DE LA FLEBITIS EN LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS

ANA BELÉN BERNAL TORRES, ANTONIO BERNAL TORRES, ALEJANDRO RUBIO ALVAREZ

INTRODUCCIÓN: La flebitis intravenosa es una de las complicaciones más frecuente en el uso de catéteres periféricos intravenosos en el área de hospitalización. Varios han sido los protocolos que a lo largo de la historia, han recomendado un cambio rutinario de la inserción del catéter a las 24, 48 o 72 horas, no apoyados en muchas ocasiones en la literatura científica.

OBJETIVOS: Analizar si el tiempo del uso de la vía venosa periférica influye como factor de riesgo de la flebitis.

METODOLOGÍA: El método empleado para responder a nuestra pregunta ha sido una revisión bibliográfica de los estudios realizados en los últimos años usando la base de datos Pubmed. Para ello, hemos usado los descriptores: risk factors, time, phlebitis, catheterization peripheral usando el operador booleano AND.

RESULTADOS: Por lo que se han encontrado 21 estudios de los cuales ocho han sido los seleccionados por ser los que han tenido como uno de sus objetos de estudio el tiempo de duración de uso de los catéteres venosos periféricos asociado al riesgo de flebitis. Dos de los estudios concluyen que un mayor tiempo de permanencia del catéter puede ser un factor de riesgo de flebitis y que la incidencia de flebitis se puede reducir al reubicar o eliminar los catéteres venosos periféricos dentro de las 72 horas. Sin embargo, el 75% de los estudios seleccionados describen según sus estudios que los catéteres intravenosos periféricos se deben cambiar según la clínica y no se encontró un aumento significativo de la flebitis en un día específico.

CONCLUSIÓN: El protocolo de cambio de acceso venoso periférico, en función de la clínica observada y no en función del tiempo de utilización, ahorrará el insertar catéteres innecesarios y las molestias y costes derivadas de tal procedimiento, pues no se consigue con el cambio rutinario un descenso en la incidencia de la flebitis.

PALABRAS CLAVE: CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS, FACTORES DE RIESGO, TIEMPO, FLEBITIS.

FACTORES DE RIESGO EN EL CARCINOMA HEPATOCELULAR

CRISTINA MENA JIMENEZ, ELSA ELEUTERIA TRUJILLANO PAVON, ALBA SORIA MORENO

INTRODUCCIÓN: El carcinoma hepatocelular es un cancer primario desarrollado en el hígado, el cual sucede sobretodo en pacientes con enfermedades crónicas del hígado y cirrosis. En esta revisión sistemática se destacan los factores de riesgo más importantes de esta enfermedad.

OBJETIVOS: Determinar los factores de riesgo más importantes en el desarrollo del carcinoma hepatocelular (CHC).

METODOLOGÍA: Revisión sistemática mediante búsqueda bibliográfica en dialnet y pubmed y google académico. Descriptores: “carcinoma hepatocelular” “factores riesgo carcinoma hepatocelular” “CHC factores de riesgo” “risk factors hepatocellular carcinoma”.

RESULTADOS: Cirrosis. Hepatitis viral crónica (vhb y vhc). Aflatoxina. Porfiria hepática. Hemocromatosis primaria. Déficit de alfa 1 antitripsina. Tirosinemia. Hepatitis autoinmune. Consumo de alcohol. Tabaquismo. Trastornos asociados a la resistencia periférica de insulina como dm, obesidad y esteatohepatitis no alcohólica. Esquistosomiasis hepática. Factores hormonales (algunos estudios).

CONCLUSIÓN: El carcinoma hepatocelular es una de las neoplasias malignas más comunes en todo el mundo. De entre los factores descritos en esta revisión sistemáticas, los más relevantes son la cirrosis, hepatitis C, hepatitis B, la deficiencia de alfa 1 antitripsina y la aflatoxina. De entre algunos factores mencionados como factores hormonales o DM algunos estudios los describen como factores de riesgo por si y otros como factores de riesgo muy probables.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA HEPATOCELULAR, FACTORES RIESGO CARCINOMA HEPATOCELULAR, CHC FACTORES DE RIESGO, RISK FACTORS HEPATOCELLULAR CARCINOMA.

FACTORES ESTRESANTES EN LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

JOSÉ CARLOS ROJAS FERNÁNDEZ, ESTHER ALBÍN CARRERAS, JOSÉ ANTONIO AGUDO CABALLERO

INTRODUCCIÓN: El ingreso hospitalario favorece la aparición de estrés en el paciente, sin embargo el ingreso en la UCI puede generar un estrés mucho mayor ya que es una unidad que se caracteriza por una elevada especialización en los cuidados, donde se crea un ambiente de ruidos casi constantes que provocan ansiedad y estrés a los pacientes ingresados.

OBJETIVOS: Identificar los factores estresantes percibidos por los pacientes ingresados en una UCI.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Cuiden e IBECS y en buscadores como Google Académico usando unos descriptores: ansiedad, estrés, factores, UCI combinados con el operador booleano “AND”. Se analizaron los documentos publicados entre 2007 y 2017.

RESULTADOS: La elevada especialización de la UCI tiene como principal efecto secundario la aparición de ansiedad y estrés en los pacientes que precisan de cuidados intensivos. Los mismos pacientes catalogan como factores más estresantes los siguientes: sensación de sed, dificultad para dormir, presencia de tubos en nariz o boca, desconocimiento de la hora, tener pesadillas, no poder hablar, limitación de la movilidad, mascarilla de oxígeno, ausencia de un familiar cercano y horario de visitas limitado. Los pacientes que fueron diagnosticados de delirio perciben los siguientes factores como tener las manos atadas, sentirse en una zona de guerra, desorientación temporal y espacial. Los factores que menos ansiedad o estrés le provocaron fue la presencia de sueros, escuchar tratamientos de otros pacientes, no entender las explicaciones del personal sanitario, sentir que la enfermera hace más caso de las máquinas que del paciente, presencia de diferentes olores extraños y oír el teléfono.

CONCLUSIÓN: Por lo que resulta fundamental conocer cuáles son los factores que perciben los pacientes como estresores en la UCI, para que el personal sanitario pueda actuar, haciendo la estancia en la unidad lo menos estresante posible.

PALABRAS CLAVE: FACTORES, ESTRÉS, PACIENTES, UCI.

PACIENTE EN URGENCIAS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

VANESA LOZANO FERNÁNDEZ, CLAUDIA RINCÓN MOLEDO, ERIKA NAVARRO RODRÍGUEZ, ISABEL PEDREGOSA GOMARIZ, LAIA RIERA CORTELL, MARIA ANGELES VIDAL ROSELL, MELISA HARO GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 51 años, acude al servicio de urgencias, refiere dolor abdominal y lumbalgia. Profesión albañil. Fumador de un paquete y medio desde hace 37 años. Acompañado por su mujer, la cual nos traslada que en los dos últimos días las deposiciones del pacientes eran “muy oscuras o negras”. Actualmente esta medicado con ibuprofeno 600 mg/8h

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: T. A. 130/99. F. C. 89X'. Sat. 98%. Tª 36.6. Tacto rectal +. Analítica (iones y hemograma). Fibrogastroscoopia. SNG si procede.

JUICIO CLÍNICO: HDA (hemorragia digestiva alta) objetivada por la resencia de sangre en heces. Se filiará con los resultados de las exploraciones complementarias. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dados los antecedentes de ingesta de AINES, la opción más probable es la úlcera péptica. Otras posibles patologías causantes del cuadro son: Varices esofágicas. Mallory-Waiss. Carcinoma u otro tipo de lesiones de la mucosa gástrica.

PLAN DE CUIDADOS: Control hemodinámico del paciente, toma periódica de constantes. Valoración periódica del estado de consciencia. En caso de presentar nauseas, colocación de SNG si procede, para prevenir una posible broncoaspiración. Balance hídrico. Control del número y aspecto de las deposiciones. Control del dolor. Control de la dieta, dejándolo en absoluta hasta haber realizado las exploraciones y balance nutricional por posible deterioro.

CONCLUSIONES: Finalmente se diagnostica al paciente de ulcus gástrico. Soporte a plan de cuidados durante el ingreso. Educación sanitaria de cara a mejorar los hábitos al alta.

PALABRAS CLAVE: SANGRE, HECES, URGENCIAS, DEPOSICIÓN.

MEDIDAS PARA TRATAR DE REDUCIR LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

JUAN JESUS CRUZ BARRERA, MARIA DEL PILAR GARCIA MORENO, MARÍA FRANCISCA JIMÉNEZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La hiperplasia benigna de próstata es una de las enfermedades con mayor incidencia se encuentra en hombres mayores de 60 años de edad con enfermedades relacionadas con la próstata. España es uno de los países con mayor tasa de morbilidad y mortalidad por enfermedades prostáticas. La prevención de la hiperplasia benigna de próstata no es posible, debido a que se considera una evolución habitual de la glándula. Pero sí se pueden tomar medidas para evitar o retrasar los síntomas molestos que produce.

OBJETIVOS: Conocer las medidas para reducir y vigilar la hiperplasia benigna de próstata.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en la que se incluyeron todos los artículos publicados en los últimos 5 años en castellano: “Elsevier”, “Cuiden” y buscadores como “Google Académico”.

RESULTADOS: La enfermedad se valora mediante exploraciones físicas, anamnesis y con flujometría; siendo recomendado pruebas complementarias. Los pacientes menos sintomáticos pueden beneficiarse de una vigilancia. En aquéllos con complicaciones, se debe recurrir a una intervención quirúrgica o endoscópica. A pesar de su condición benigna, esta hiperplasia puede ocasionar molestias que mermen la calidad de vida de los pacientes. Además, puede darse que los síntomas de una hiperplasia benigna tengan su verdadero origen en un cáncer de próstata.

CONCLUSIÓN: Es recomendable no excederse en grasas y llevar una alimentación equilibrada. Realizar ejercicio físico con regularidad y no abusar en el consumo de alcohol y evitar el tabaco. Es recomendable que los hombres se sometan a una revisión periódica a los 50 años. Esta revisión no es preventiva, pero ayuda a detectar a tiempo una hiperplasia de próstata y pautar cuanto antes un tratamiento.

PALABRAS CLAVE: HIPERPLASIA BENIGNA, FACTORES DE RIESGO, CÁNCER DE PRÓSTATA, ENFERMEDAD DE LA PRÓSTATA.

EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES

EVA MARIA ESCOBAR MOLINA, MARÍA DESEADA CRISTO BERNAL, MARIA ISABEL MANGAS MARTIN

INTRODUCCIÓN: Los anticoagulantes son medicamentos indicados en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica cuyo objetivo es impedir la formación o el crecimiento de coágulos sanguíneos no deseados, interfiriendo en el metabolismo de la vitamina k, retrasando el tiempo de coagulación de la sangre dentro de un intervalo eficaz y seguro. En España los ACO más utilizado por su eficacia son el acenocumarol (sintrom) y Aldocumar (warfarina) a pesar de las contraindicaciones que conlleva (ofrecen niveles de anticoagulación variables con difícil control).

OBJETIVOS: Identificar las complicaciones de los ACO.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática en bases de datos bibliográfica: Pubmed, Medline, Cinahl y Scielo con los descriptores: acenocumarol, anticoagulantes, dieta, vitamina k. Además, se han consultado diferentes informes del Ministerio de Sanidad y la FEC

RESULTADOS: Los estudios analizados confirman, que la principal complicación de los ACO son las hemorragias, por eso es muy importante una correcta adherencia al tratamiento siguiendo las recomendaciones nutricionales generales, sabiendo actuar ante las posibles complicaciones que pueden aparecer y adoptando medidas especiales en el dentista y ante cirugías. Es fundamental el control previo del INR (mide de forma estándar los periodos de protrombina) considerándose el rango normal entre 2 y 3. El objetivo es mantener el INR en rango normal y sin sangrado. Los pacientes conocerán las características del tratamiento e identificarán los factores que pueden influir negativamente, adecuando hábitos para no afectar la calidad de vida. Enfermería debe favorecer la adherencia al tratamiento para prevenir riesgos, morbimortalidad y gasto sanitario realizando educación sanitaria.

CONCLUSIÓN: El control de INR y seguir el protocolo establecido ayuda a los profesionales a controlar las hemorragias en estos pacientes. Los pacientes que conocen las interacciones de los alimentos ricos en vitamina k y siguen una dieta adecuada, presentan menos interacciones y mejores resultados.

PALABRAS CLAVE: ANTICOAGULACIÓN, SINTROM, VITAMINA K, DIETA, HEMORRAGIA, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y CONTAGIO DE LA HEPATITIS C

MARIA ESPERANZA CASAS GARCIA, ENCARNACION BERNAL RUIZ, ROCIO CASAS GARCIA

INTRODUCCIÓN: La hepatitis C es una enfermedad hepática provocada por el VHC (virus de la hepatitis C). La prevalencia en los distintos países miembros oscila entre el 0,4% y el 3,5% del total de la población, y es la principal causa de trasplante hepático en la Unión Europea (UE).

OBJETIVOS: Analizar la fisiopatología de la Hepatitis C.

METODOLOGÍA: Criterios de inclusión: Artículos en Inglés y Español, fechas desde 2006 hasta la actualidad, y que traten sobre el tema indicado. Búsqueda en bases de datos como Scopus, Cinahl y Scielo. Además en la página web del Ministerio de Sanidad.

RESULTADOS: Síntomas: Las infecciones agudas suelen ser asintomáticas, aproximadamente un 80% de las personas no presentan síntomas, y si existen suelen ser inespecíficos y leves. Los pacientes con sintomatología aguda pueden presentar fiebre, cansancio, inapetencia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, coluria, acolia, dolores articulares e ictericia. Diagnóstico: A través de un análisis de sangre donde se incluya la proteína c reactiva (PCR) y realizando una biopsia de hígado. Transmisión: Vía parenteral, vía sexual y vía intranasal.

CONCLUSIÓN: La infección por el VHC representa un problema sanitario de gran magnitud a nivel mundial y es uno de los mayores desafíos de salud pública en Europa.

PALABRAS CLAVE: HEPATITIS C, DIAGNÓSTICO, SÍNTOMAS, TRANSMISIÓN.

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS EN NUESTROS ENFERMOS CON ENFERMEDAD VASCULAR TRANSITORIA

JESUS ANTONIO DELGADO GARCIA, EVA BULLER VIQUEIRA, DEBORA MARIA ORTEGA MORENO

INTRODUCCIÓN: El Ictus es una de las principales causas de morbi-mortalidad en España, suponiendo un gasto sociosanitario elevado. Se prevé un aumento de la incidencia por el envejecimiento poblacional.

OBJETIVOS: Analizar el estado de los pacientes con enfermedad vascular transitoria (EVT), en las consultas de Atención primaria (AP), de una Unidad de Gestión Clínica, estudiando sus factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

METODOLOGÍA: Estudio: epidemiológico, observacional, descriptivo, retrospectivo. Población: pacientes diagnosticados de EVT. Fuente: Historias clínicas de EVT, que han pasado por consulta de AP, en un periodo de tiempo de 24 meses.

RESULTADOS: Se detectan 20 historias de pacientes con EVT: 7 hombres, 13 mujeres, edad media 74 años con desviación estándar (DS) ± 10.47 . El 45% eran diabéticos, con una media de hemoglobina glicosilada 7.2% Con DS ± 1.04 . El 15% dentro de los parámetros deseados de < 7 mg/dl. Las medias de Tensiones arteriales (TA): TA sistólica 144 mmHg con DS ± 24.71 . Las TA diastólicas 76 mmHg, con DS ± 12.31 . El 61% dentro de los valores de TA $< 140/90$. La media del control lipídico: Colesterol Total (CL) 190 mg/dl, con DS ± 30.49 , El 70% dentro del rango ideal de < 200 mg/dl. LDL de 105 mg/dl con DS ± 27.48 , El 50% dentro del rango ideal de < 100 mg/dl. La media del índice de masa corporal (IMC): 29.7 Kg/m², con DS de ± 5.16 , El 60% dentro del rango ideal de < 30 kg/m². Presentaban patología cardiaca: 7 pacientes, siendo el 35% del total. 16 Estaban en tratamiento con Ácido Acetil Salicílico, 2 en tratamiento con Apixaban 5 mg.

CONCLUSIÓN: Se recomienda un buen control de todos los FRCV modificables (diabetes, HTA, dislipemia, enfermedad cardiovasculares, obesidad, sedentarismo, hábitos tóxicos). Podemos concluir que los pacientes de nuestra muestra, tienen un control aceptable de los FRCV.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGOS, ICTUS, ENFERMEDAD VASCULAR TRANSITORIA, HIPERTENSIÓN.

ESTUDIO DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2 CON HIPERTENSIÓN EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

JESUS ANTONIO DELGADO GARCIA, DEBORA MARIA ORTEGA MORENO, EVA BULLER VIQUEIRA

INTRODUCCIÓN: Se considera: Hipertensión arterial (HTA): $\geq 140/90$ mmHg Diabetes mellitus: glucemia basal: ≥ 126 mg/dl. Test sobrecarga oral de glucosa a las 2 horas: ≥ 200 mg/dl. Hemoglobina glicosilada: $\geq 6.5\%$.

OBJETIVOS: Analizar el estado de los diabéticos tipo 2 (DM2) de ≥ 5 años de evolución, con HTA, en la consulta de Atención Primaria (AP), comparándolo con los criterios de la American Diabetes Association (ADA), y calculo del Riesgo Coronario con la tabla de Framingham.

METODOLOGÍA: Estudio: epidemiológico, observacional, descriptivo, retrospectivo. Población: Pacientes diagnosticados de DM2 con HTA. Fuente: Historias clínicas de DM2, que han pasado por la consulta de AP, en un plazo de 1 año. Criterios de inclusión: Pacientes con DM2 de ≥ 5 años de evolución. Pacientes DM2 con HTA. Criterios de exclusión: Pacientes con patología macrovascular o microvascular, previa al diagnóstico de la diabetes.

RESULTADOS: Se revisan 247 historias de diabéticos que han pasado por la consulta de AP, en el plazo de 1 año: 194 DM2, 86 varones, 108 mujeres, 25 fumaban, 9 consumían alcohol, 12 hacían ejercicios adecuadamente, 155 se realizó fondo de ojos. Tratamientos: 102 de HTA, 123 antidiabéticos orales, 94 insulinizados, 83 hipolipemiantes, 26 fueron hospitalizados. Patología asociada: 26 cardiopatía isquémica, 10 accidente cerebro vascular, 32 nefropatía, 13 patología vascular periférica, 6 neuropatía, 47 patología tiroidea. Promedios: Colesterol 195.86, LDLc 126.49, HDLc 53.85, Hemoglobina glicosilada 7.83, Albuminuria 41.36, Filtrado Glomerular 85.6. Edades 63.99, Peso 74.72, Índice de masa corporal 29.5, Tensión arterial sistólica 141.09, TA diastólica 80.57.

CONCLUSIÓN: Los objetivos ADA para los DM2 con HTA son: Disminuir la morbimortalidad cardiovascular, por cardiopatía isquémica y accidentes cerebro vasculares. Disminuir las microangiopatías. Podemos concluir que los pacientes de nuestra muestra, tienen un aceptable control glucémico y tensional, aunque un 10.25% Presentan un riesgo elevado ($\geq 15\%$) de padecer un evento coronario a los diez años.

PALABRAS CLAVE: DIABETES, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, ATENCION PRIMARIA.

LA INFECCIÓN ASOCIADA AL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

MARIA VELASCO SIMON, GEORGINA TRAFACH NAVARRO, MARTA MARTÍNEZ ORELLANA, ALEJANDRO LOPEZ LOPEZ, MIREIA SÁNCHEZ ESCUDERO, JOSEP MARIA RAMOS PUIG

INTRODUCCIÓN: El drenaje ventricular externo (DVE) es un catéter que se coloca en el ventrículo cerebral. Sirve para monitorizar la presión intracraneal (PIC) y como drenaje en casos de hipertensión intracraneal (HTIC), hidrocefalias o hemorragias intraventriculares, permitiendo la salida de líquido cefalorraquídeo (LCR). Existe, sin embargo, el riesgo de infección asociada al DVE.

OBJETIVOS: Analizar las causas de infección derivadas del DVE. Determinar los signos y síntomas para estudiar las estrategias de prevención ante el DVE.

METODOLOGÍA: Se han consultado las bases de datos PubMed y Biblioteca Cochrane con los descriptores "intensive care", "external ventricular drain", "infection" y "nursing", con un periodo temporal de 5 años. Se han seleccionado 5 artículos y la siguiente información: causas de la infección, signos y síntomas y estrategias de prevención.

RESULTADOS: Las causas más comunes de infección del DVE son: inserción prolongada del catéter, hemorragias, traumatismos craneales con fractura, fistulas de LCR alrededor del catéter y las continuas manipulaciones del sistema. Los signos y síntomas variarán según la gravedad de la infección. El principal será la fiebre, pero también el deterioro del nivel de consciencia, cambios en el aspecto del LCR, signos inflamatorios y/o exudación purulenta intra o peri catéter, entre otros. En el caso que dicha infección se agravara, podría llevar a una meningitis. El mejor método de evitar la infección es mediante la prevención. Manipular el sistema solamente cuando sea necesario, extremando las condiciones de asepsia previamente. Curar el punto de inserción cada 24 horas y siempre que el apósito este manchado o despegado. Además de nivelar correctamente el sistema e inspeccionar regularmente las características del LCR. No tiene beneficio la extracción diaria de muestras de LCR, solo cuando haya sospecha de infección.

CONCLUSIÓN: Es importante formar adecuadamente al personal y disponer de protocolos actualizados que sirvan de guía para el correcto cuidado del DVE y, así, evitar infecciones potencialmente prevenibles.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS INTENSIVOS, DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO, INFECCIÓN, ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON FENILCETONURIA

JULIETA ROMERO VILLALBA, MARÍA SÁNCHEZ NAVARRO, MARINA MARTINEZ LOPEZ

INTRODUCCIÓN: La fenilcetonuria fue descrita por primera vez en 1934. Se trata de un error innato en el metabolismo por una falta o defecto en la enzima fenilalanina hidroxilasa hepática, encargada de convertir la fenilalanina en tirosina.

OBJETIVOS: Identificar los factores que afectan en la aparición de los síntomas, analizar la gravedad de estos y determinar las pautas a seguir por este tipo de pacientes.

METODOLOGÍA: Este estudio se ha realizado mediante una revisión sistemática bibliográfica, en diferentes bases de datos: SCOPUS, SCIELO Y COCHRANE. Los descriptores utilizados fueron: fenilcetonuria, salud, tratamiento, complicaciones. El tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas y aplicando un filtro temporal entre 2010-2017.

RESULTADOS: Esta enfermedad afecta a uno de cada 10,000 personas. Cuando los niveles de fenilalanina aumentan en exceso, este puede dañar el sistema nervioso, llegando a causar retraso mental grave y complicaciones neuropsiquiátricas. Una de las herramientas que fortalecen el diagnóstico, es el cribado neonatal (técnica de Guthrie), pues posee una sensibilidad y especificidad de cerca del 99%.

CONCLUSIÓN: Debe ser detectada de forma prematura, evitando así una acumulación de este aminoácido y como consecuencia un daño en el desarrollo del cerebro. Las personas afectadas por la fenilcetonuria, deberán seguir una dieta que restrinja los alimentos con fenilalanina. El papel de enfermería es muy importante para mostrar al paciente aquellos consejos dietéticos a seguir para evitar ciertos alimentos ricos en proteínas.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA, FENILCETONURIA, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES.

INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA DOLORES CARRASCO TORRES, MARIA CRISTINA GONZALEZ RAMOS, MARIA VICTORIA JURADO LUCENA

INTRODUCCIÓN: Para un paciente, una infección nosocomial, es la contraída durante el periodo de hospitalización de éste. Casi el 5-10% de los enfermos hospitalizados padecen dichas infecciones, de las cuales el 20% se producen en el servicio de UCI.

OBJETIVOS: Determinar cuáles son las infecciones nosocomiales más comunes en el servicio de UCI.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión bibliográfica por las diferentes bases de datos de Internet: Cuiden, Scielo, Pubmed, etc. , Incluyendo los artículos publicados en busca de las diferentes infecciones nosocomiales padecidas en el servicio de UCI mediante la utilización de algunas palabras claves como: infección nosocomial, Unidad de cuidados intensivos y una vez obtenido los resultados hemos seleccionando las más comunes.

RESULTADOS: Una vez realizado el estudio hemos obtenido que la una de las principales infecciones nosocomiales en la unidad de UCI es la infección respiratoria (9-11%) debido a la intubación endotraqueal, igualada con Flebitis (9-11%) en relación con el Catéter Venoso Periférico (CVP), después está infección del Catéter Venoso Central (CVC) con un (7,6%) que en el 4,9% puede conllevar una bacteriemia, seguido de la infección urinaria por sondaje urinario (4,6%).

CONCLUSIÓN: Si observamos los resultados obtenidos podemos ver que todas las principales complicaciones son derivadas de métodos invasivos. Debemos informar sobre la importancia del lavado de manos y en la esterilidad o asepsia a la hora de realizar las técnicas invasivas, con esto reducirá considerablemente las infecciones nosocomiales no sólo en la unidad de UCI, si no también en el resto de las unidades.

PALABRAS CLAVE: NOSOCOMIAL, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, PRINCIPALES, INFECCIÓN.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN ANDALUCÍA CLASIFICADO POR GRUPOS CIE10 AÑO 2016

MARIA DOLORES CARRASCO TORRES, MARIA VICTORIA JURADO LUCENA, MARIA CRISTINA GONZALEZ RAMOS

INTRODUCCIÓN: En Andalucía desde el año 2009 va aumentando el número de defunciones hasta el 2016, algo preocupante para la comunidad.

OBJETIVOS: Identificar cuáles son las principales causas de mortalidad en el último año en el que tenemos información (2016) y ver si existen factores que pueden influir en dichas defunciones.

METODOLOGÍA: Hemos hecho una búsqueda en el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía de las causas de mortalidad agrupadas por 20 grupos de CIE 10ª. Se ha filtrado por las diferentes enfermedades que componen el grupo que más defunciones ha tenido en dicho año.

RESULTADOS: Hemos obtenido que las principales causas de mortalidad en Andalucía en el año 2016 son: Enfermedades del sistema circulatorio con 5627 defunciones. Tumores con 4519 defunciones. Enfermedades del sistemas respiratorio con 1839 defunciones. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos con 1026 defunciones. Enfermedades del sistema digestivo con 1022 defunciones. Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio podemos diferenciar entre: Enfermedades cerebrovasculares con 1392 defunciones Insuficiencia cardíaca con 1005 defunciones. Otras enfermedades del corazón con 876 defunciones. Otras enfermedades isquémicas del corazón: 785 defunciones. Infarto agudo de miocardio con 757 defunciones. Enfermedades hipertensivas con 48 defunciones. Otras enfermedades de vasos sanguíneos con 198 defunciones. Arteriosclerosis con 75 defunciones. Enfermedades cardíacas reumáticas con 55 defunciones.

CONCLUSIÓN: Si observamos las principales causas de defunción son enfermedades que el estilo de vida y los hábitos poco saludables tiene mucho que ver. En las enfermedades del sistema circulatorio influye mucho el consumo de tabaco, poco deporte o vida sedentaria, comida basura o alta en grasas al igual que en los tumores. Debemos concienciar a la población de lo perjudiciales que pueden ser los factores anteriormente mencionados para poder tener una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: PRINCIPAL, CAUSA MUERTE, AÑO 2016, ANDALUCÍA.

PACIENTE CON FASCITIS PLANTAR AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

VIRGINIA CASTILLO ANTÚNEZ, FRANCISCO JESÚS BONILLA CASCADO, MARIA JOSÉ CASTILLO ANTÚNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 46 años, trabaja como limpiadora del hogar. Presenta un dolor en la planta del pie izquierdo de 3 meses de evolución. Padece lumbalgia eventual, pero no presenta otros antecedentes de lesión o algias articulares, ni intervenciones quirúrgicas de interés. Sedentaria, pero hace cuatro meses comenzó a andar 20-30 minutos diarios. IMC actual de 29. Flexión dorsal del tobillo izquierdo limitada respecto al derecho.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza radiografía del pie izquierdo en proyección lateral en carga y en descarga, y ecografía del pie. Puntúa 8 en la Escala EVA de valoración del dolor. Aparece espolón calcáneo en el pie izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Dolor en los primeros pasos después del reposo, o al final del día, pero mejora cuando lleva un rato caminando. Diagnóstico médico: fascitis plantar aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome doloroso de la almohadilla grasa del talón, rotura de la fascia plantar, dolor neuropático y fractura de estrés del calcáneo. En caso de dolor plantar bilateral además se descartarían el síndrome de Reiter, espondilitis anquilosante, artropatía gotosa y lupus sistémico eritematoso.

PLAN DE CUIDADOS: Recomendaciones a integrar en hábitos diarios: uso de calzado cómodo, plantilla descarga, evitar actividad física intensa o por terreno con mucha pendiente, flexibilización fascia plantar y cadena muscular posterior, crioterapia. Acudir a consulta fisioterapia para tratamiento conservador si no mejoran los síntomas. Si no mejora, revisión y reevaluación por médico especialista.

CONCLUSIONES: El espolón óseo de la parte inferior del talón no causa el dolor de la fascitis plantar. En su lugar este está causado por la inflamación y los microdesgarros de la fascia plantar. No obstante el inicio de la mediana edad y la pérdida sintomática de elasticidad de la fascia plantar permite esperar que los pacientes que reúnan estas características muestren mayor incidencia de espolones en las radiografías.

PALABRAS CLAVE: ESPOLÓN CALCÁNEO, DOLOR INFERIOR DEL PIE, ROTURA DE LA FASCIA PLANTAR, FASCITIS PLANTAR.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE ANCIANO

LUCIA GONZALEZ MARTINEZ, ANTONIO RAMON ENRIQUEZ, MARIA ALMAGRO SEGURA

INTRODUCCIÓN: El síndrome confusional agudo (SCA) o también conocido como Delirio, es uno de los trastornos más acusados en los últimos años de vida de los pacientes ancianos ingresados. Es de gran importancia como profesional enfermero aprender a reconocerlo y actuar en consecuencia.

OBJETIVOS: Identificar factores de riesgo asociados y método de evaluación.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas médicas como Scielo y bases de datos como Medline. También se ha accedido a 7 libros físicos.

RESULTADOS: Entre los factores de riesgo del SCA nos encontramos: Edad avanzada. Deterioro cognitivo previo, daño cerebral. Abuso crónico de alcohol o drogas, intoxicaciones. Factores psicosociales (depresión, estrés, falta de apoyo familiar). Factores relacionados con la hospitalización (inmovilismo, privación de sueño, cambio de entorno,...).

CONCLUSIÓN: El Síndrome Confusional Agudo tiene unos factores de riesgo asociados, entre ellos la de especial importancia encontramos la edad avanzada y la hospitalización, mediante la escala CAM podemos reconocerlo y a partir de ahí podemos ejecutar los cuidados de enfermería para tratarlo.

PALABRAS CLAVE: DELIRIO, ANCIANO, FACTORES DE RIESGO, SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO.

MODELO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

SARA LÓPEZ DE AHUMADA AGÜERA, LORENA CALATRAVA SÁNCHEZ, JAVIER CASTRO DIAZ

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se ha incrementado la incidencia de adolescentes con enfermedades de transmisión sexual. Las ETS son enfermedades contagiadas por relaciones sexuales o por contacto entre órganos sexuales. El crecimiento de la población, el aumento de la liberalidad de la juventud y el incentivo hacia la sensualidad que los medios de comunicación producen provocado que aumenten las cifras de casos de ETS en adolescentes.

OBJETIVOS: Evaluar y describir un modelo explicativo sobre la importancia de las ETS en la adolescencia. Analizar los métodos anticonceptivos para prevenir ETS más accesibles para los adolescentes. Conocer y comprender las prácticas y conceptos sexuales en la adolescencia.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de la actualidad sobre ETS profundizando en temas de adolescencia y utilizando la última evidencia a nuestro alcance. Se realiza una búsqueda exhausta en bases de datos como Scielo, Pubmed o Cuiden.

RESULTADOS: Tras el análisis de nuestra búsqueda bibliográfica se observa que los adolescentes presentan comportamientos sexuales de riesgo por la temprana maduración sexual y la poca información que tienen sobre ello entre otros motivos. Comparado con otros grupos sociales vemos que en los adolescentes la incidencia de las prácticas sexuales de riesgo es mayor y esto demuestra la importancia de informar y orientar para minimizar los riesgos que conllevan la aparición de enfermedades de transmisión sexual.

CONCLUSIÓN: Tras ver los resultados consideramos que no solo es importante el conocimiento sobre ETS, sino que la información y la orientación para minimizar los riesgos de contraerlas y los riesgos que supone tenerlas es uno de los factores más importantes. De ahí la importancia de desarrollar un modelo preventivo en el que proporcionemos información accesible sobre cómo evitar la propagación de éstas enfermedades fomentando el uso de preservativos y evitando las prácticas sexuales de riesgo.

PALABRAS CLAVE: ETS, ADOLESCENCIA, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, VIH, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA NEUROPATÍA DIABÉTICA

NOELIA HERRERIA BARRUETABEÑA, ISABEL PÉREZ ROGADO, VALVANUZ MARTINEZ GIL,
MONICA BADA SAMPERIO, ESTIBALIZ ARROITAJAUREGI CAMPOS

INTRODUCCIÓN: La polineuropatía sensitivo motora simétrica distal la forma más frecuente de neuropatía diabética. Clínicamente se produce dolor e hiperalgesia, seguido de pérdida progresiva de sensación térmica y dolor distal por destrucción de axiones sensoriales. Afecta inicialmente a los miembros inferiores y posteriormente a los superiores, conocido como afectación en “guantes y calcetín” La pérdida de sensibilidad puede dar lugar a la aparición de úlceras por presión en miembros inferiores que pueden derivar en gangrena y obligar a la amputación.

OBJETIVOS: Determinar medidas para aumentar la calidad de vida del paciente.

METODOLOGÍA: Se realizó valoración integral al paciente con analítica para descartar otras posibles causas de neuropatía Se realizó control periódico de glucemia y hábitos tóxicos Se le proporcionaron pautas de alimentación saludable, realización de ejercicio y cuidados de extremidades en paciente diabético.

RESULTADOS: Tras 6 meses de evolución el paciente ha disminuido su peso. Camina casi a diario, por lo que ha disminuido el hormigueo y dolor de la planta de los pies. Ha modificado su alimentación, y con todo ha mejorado notablemente su calidad de vida.

CONCLUSIÓN: La neuropatía diabética probablemente es la complicación más frecuente de la diabetes, llegando a afectar a más de un 50% de los pacientes tras 20 años de evolución. La prevalencia aumenta con los años de evolución, la hiperglucemia y la enfermedad cardiovascular establecida.

PALABRAS CLAVE: PIE, DIABETES MELLITUS, HORMIGUEO, NERVIOS.

PIE DIABÉTICO, CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

ROSA MARIA CALLEJA ROMAN, AMANDA CASTILLO PEREZ, SONIA REQUENA MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: El síndrome del pie diabético constituye una de las principales causas de morbilidad y discapacidad en los pacientes con diabetes mellitus un adecuado conocimiento y manejo de los factores de riesgo pueden prevenir o retardar la aparición de úlceras, amputaciones y otras complicaciones. Sus causas se dividen en: neuropáticas, angiopáticas, infecciosas y traumáticas. El enfoque para su tratamiento implica una atención individualizada y multidisciplinaria para cada paciente; la profilaxis, desempeña un papel fundamental y unida a los adelantos terapéuticos especializados garantizará una mejora en la calidad de vida de estos enfermos. Estudios epidemiológicos indican que alrededor del 20 % de los pacientes con DM desarrollarán úlceras en los pies durante su vida y ellas preceden aproximadamente al 85 % de las amputaciones no traumáticas de los miembros inferiores. El conocimiento y la adecuada atención de los factores de riesgo de úlceras y amputaciones pueden prevenir o retardar la aparición de estas y otras complicaciones. En esta tarea son participes todo el equipo de salud dedicado a la atención integral de los pacientes con DM.

OBJETIVOS: Identificar los signos de úlceras vasculares y otras lesiones en el pie diabético, para reducir sus daños.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica artículos de interés, bases de datos. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Realizar un interrogatorio dirigido a identificar factores de riesgo para el desarrollo del síndrome del pie diabético y sus complicaciones. Debe realizarse un completo examen físico general, tensión arterial en miembros superiores, inferiores e incluso, la presión en dedos. Se realizará el examen del pie neuropático, isquémico, neuroisquémico, infeccioso. El tratamiento es individualizado, incluye tratamiento profiláctico, educación dietética, identificación de factores de riesgo, revisar a diario los pies.

CONCLUSIÓN: El conocimiento de la DM y de sus complicaciones, así como de las medidas de prevención para evitar estas complicaciones hacen que aumente de forma notable la calidad de vida de estas personas.

PALABRAS CLAVE: PIE, DIABETES, ÚLCERA, PREVENCIÓN.

CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE LA OBESIDAD: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ROCÍO PÉREZ RODRÍGUEZ, MARIA SOLEDAD BONIL CHACON, ISABEL MARIA MOLINA MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: La obesidad es una enfermedad que afecta a todos los órganos y sistemas del organismo, provocando una serie de consecuencias que se convierten en enfermedades crónicas si no se trata a tiempo. Esta enfermedad se ha convertido en el principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en personas adultas en todo el mundo.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar las consecuencias clínicas de padecer obesidad para prevenirlas.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos de Web of Science, Scielo y Pubmed. Los criterios de inclusión son aquellos artículos que hablen sobre las consecuencias clínicas de padecer obesidad. Los descriptores de salud utilizados fueron obesidad, complicaciones, enfermedades asociadas, enfermería. De los artículos encontrados, se han seleccionado 5 a texto completo comprendidos entre 2008 y 2018.

RESULTADOS: De los artículos encontrados, las principales consecuencias clínicas de padecer obesidad son el EPOC, asma, apnea obstructiva del sueño, diabetes, hipertensión, dislipidemia, enfermedades del corazón, cáncer, hígado graso, esteatohepatitis, cirrosis hepática, gota, artrosis, infertilidad, ovarios poliquísticos, anomalías menstruales, enfermedad venosa crónica y enfermedades gingivales y periodontales.

CONCLUSIÓN: La obesidad constituye un gran problema de salud que provoca graves efectos en el organismo, como son las enfermedades respiratorias, enfermedades metabólicas, enfermedades del corazón, enfermedades hepáticas, enfermedades ginecológicas, cáncer, entre otras. Son tantas las consecuencias clínicas de la obesidad que la convierten en una de las causas prevenibles de morbilidad y muerte precoz en el mundo.

PALABRAS CLAVE: OBESIDAD, COMPLICACIONES, ENFERMEDADES ASOCIADAS, ENFERMERÍA.

FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER TIROIDEO EN LOS NIÑOS

ROCÍO PÉREZ RODRÍGUEZ, MARIA SOLEDAD BONIL CHACON, ISABEL MARIA MOLINA MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: El cáncer endocrinológico más frecuente es el del tiroides constituyendo el 1% de todos los cánceres en la población general. Cabe destacar que entre el 3 y el 6,3% de los pacientes con cáncer de tiroides son niños, lo que representa el 0,5% de los tumores infantiles, siendo más frecuente en niñas. A pesar de eso, en la infancia el cáncer de tiroides es poco frecuente.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar los factores de riesgo de sufrir cáncer de tiroides en los niños.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos de Web of Science, Scielo y Pubmed. Los criterios de inclusión son aquellos artículos que hablen sobre los factores de riesgo de sufrir cáncer de tiroides en los niños. Los descriptores de salud utilizados fueron glándula tiroides, neoplasia de la tiroides, niño, enfermedad. De los artículos encontrados, se han seleccionado 5 a texto completo comprendidos entre 2008 y 2018.

RESULTADOS: Los principales factores de riesgo de padecer cáncer de tiroides en los niños son la radiación de cabeza, cuello o columna cervical. Aunque existen otros factores como los factores genéticos o síndrome de enfermedad endocrina múltiple familiar, la tiroiditis linfocítica crónica, los estrógenos, el déficit de yodo y la hipertirotropinemia.

CONCLUSIÓN: Los factores de riesgo de sufrir cáncer tiroideo en la infancia son la radiación de cabeza, cuello o columna cervical, factores genéticos o síndrome de enfermedad endocrina múltiple familiar, tiroiditis linfocítica crónica, estrógenos, déficit de yodo y hipertirotropinemia. Es necesario conocerlos para utilizar medidas de prevención y poder reducir su prevalencia en la población infantil.

PALABRAS CLAVE: GLÁNDULA TIROIDES, NEOPLASIA DE LA TIROIDES, NIÑO, ENFERMERÍA.

CRITERIOS DE CALIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA COLONOSCOPIA PARA TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DOLORES CÁTEDRA LOPEZ, ANGELA RUIZ QUESADA, ANA CRISTINA MARTIN PACO

INTRODUCCIÓN: La colonoscopia es una prueba funcional de referencia para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del colon y, sobretodo, para el cribado y la vigilancia del cáncer colorrectal. Ha ido en aumento el número de procedimientos realizados en los últimos años y los riesgos inherentes a éste obligan a que se definan criterios de calidad para su indicación y realización.

OBJETIVOS: Valorar la tasa de indicaciones inapropiadas de endoscopias como uno de los criterios de calidad en la indicación de las mismas.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática de guías de prácticas clínicas, artículos científicos, y consultando en base de datos como Pubmed, Scielo, Cochare y Medline, utilizando como descriptores: colonoscopia, cáncer, colorrectal y criterios de calidad.

RESULTADOS: Tras analizar 30 colonoscopias que se realizaron en una semana en un hospital llegamos a la conclusión: 10 de ellas se le realizaron a mujeres y el resto a varones, de todas estas pruebas 5 de ellas fue como screening por antecedentes familiares de cáncer de colon, 5 por anemia inexplicable por déficit de hierro, en 3 se observan neoplasia de recto y colon, en 10 restantes se han encontrado pólipos y divertículos y el resto de colonoscopias realizadas dan como diagnóstico alguna enfermedad inflamatoria.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los indicadores de calidad evaluados en nuestro estudio se ajustan a los estándares establecidos por lo tanto podemos decir el 80% de las colonoscopias realizadas son pruebas apropiadas por lo tanto cumplen los requisitos de los criterios de calidad siendo una pruebas positivas para el hospital.

PALABRAS CLAVE: COLONOSCOPIA, CRITERIOS DE CALIDAD, TCAE, COLORRECTAL.

EL CELADOR ANTE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

CAROLINA ANTÚNEZ FLORES, FRANCISCO JAVIER CASARES CERVILLA, MIGUEL ANGEL FERNANDEZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: Las infecciones nosocomiales son complicaciones frecuentes en los pacientes hospitalizados, que contribuyen a dificultar la evolución de éstos, prolongan las estancias hospitalarias, aumentan gasto de recursos y cargas de trabajo, incrementando el coste asistencial, sin contar con los aspectos psicológicos y sociales que compromete. Todos los profesionales, especialmente el celador, en el desempeño de su labor, deben mantener unas correctas precauciones que prevengan los mecanismos de transmisión, para evitar la transmisión cruzada de infecciones.

OBJETIVOS: Describir las intervenciones del celador ante las medidas de aislamiento.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática mediante la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Descriptores: Aislamiento de pacientes, infección hospitalaria, prevención, celador, patient isolation, infectious disease transmission, healthcare assistant. Fórmulas búsqueda: Aislamiento de pacientes infección hospitalaria celador, aislamiento de pacientes celador, infección hospitalaria prevención celador, healthcare assistant infectious disease transmission, patient isolation healthcare assistant.

RESULTADOS: 25 Evidencias que describen prevalencia de infecciones nosocomiales, tasas de cumplimiento en correcta higiene de manos, detallan equipos y sus elementos de protección individual, así como debilidades de las estrategias de formación, en las que con frecuencia se excluyen al personal no sanitario.

CONCLUSIÓN: Unas correctas precauciones que prevengan los mecanismos de transmisión por parte de todos los profesionales, incluidos los celadores, además de un cumplimiento y mantenimiento de las medidas de aislamiento y protección personal, contribuyen al control de la transmisión cruzada de infecciones. La importancia de no excluir categorías profesionales en las actividades de educación y formación, donde es recomendable establecer mecanismos de retroalimentación para una mayor efectividad.

PALABRAS CLAVE: AISLAMIENTO DE PACIENTES, INFECCIÓN HOSPITALARIA, PREVENCIÓN, CELADOR.

ACTITUD DEL CELADOR FRENTE A LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL

FRANCISCO JAVIER CASARES CERVILLA, CAROLINA ANTÚNEZ FLORES, JOSE RODRIGUEZ LARA

INTRODUCCIÓN: La gripe es una importante causa de morbilidad entre el personal de un hospital, siendo éste un importante vector en su transmisión a los pacientes. En España la vacuna antigripal no es obligatoria y su eficacia oscila entre el 70 % y el 90 %, pero con el fin de evitar esta transmisión, se recomienda la vacunación anualmente para este colectivo, sin embargo sus coberturas oscilan entre un 6 % y un 55 %. Los profesionales de un centro sanitario deben disminuir la posibilidad de infección a pacientes con riesgo de sufrir complicaciones, por lo que el debate de la ética y el deber está servido.

OBJETIVOS: Conocer la actitud del celador frente a la vacunación antigripal.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática mediante la la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Descriptores: Vacunación antigripal, gripe, celador, actitud. Fórmulas de búsqueda: Vacunación antigripal, gripe, vacunación antigripal, celador, actitud.

RESULTADOS: Se observa una cobertura vacunal entre el personal sanitario con un promedio del 34%. El personal no sanitario alcanza una media del 31 %, siendo los celadores los que menor cobertura presentan con un 22 %. En algunos centros de Estados Unidos, donde se establece su obligatoriedad por parte de la Dirección, las coberturas alcanzan el 98 %.

CONCLUSIÓN: Resulta evidente que las campañas de educación sanitaria, no son lo suficientemente eficientes dentro de los profesionales de los centros sanitarios, como lo es claramente en el colectivo de celadores. Por ello sería necesario identificar las causas por las que la cobertura vacunal es tan baja, con el fin de adaptar las campañas para alcanzar un mayor grado de concienciación. Parece fundamental la implicación de la Dirección en estas campañas donde probablemente la implantación de un modelo de obligatoriedad aumentaría las tasas de cobertura.

PALABRAS CLAVE: GRIPE, VACUNAS, CELADOR, ACTITUD.

PREVENCIÓN DEL TEMBLOR POSTANESTÉSICO: MEDIDAS FÍSICAS PARA MINIMIZAR SU APARICIÓN

RICARDO SANCHEZ PEINADO, ROCIO PEREZ EXPOSITO, MERCEDES SANTIAGO SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: Cuando se combinan los medicamentos inductores anestésicos y el ambiente frío presente en las zonas quirúrgicas, aparece el llamado temblor postanestésico, que especialmente se evidencia en el periodo postanestésico. Se considera una complicación importante de la hipotermia.

OBJETIVOS: Identificar las claves para la prevención y el manejo del temblor postanestésico.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de consulta online como Google Scholar, Medline, PubMed y Scielo. Como parámetros de búsqueda, se incluyeron las palabras clave HIPOTERMIA, TEMBLOR POSTANESTÉSICO, ANESTESIA, PREVENCIÓN. Se incluyeron aquellos artículos y trabajos disponibles a texto completo, que fueran revisiones bibliográficas, publicadas entre 2008 hasta la actualidad, publicados todos en español. De los trabajos obtenidos, y tras una lectura de los mismos, se seleccionaron cinco trabajos para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

RESULTADOS: Existen distintos tipos de sistemas, pasivos y activos para reducir la hipotermia del paciente con el consecuente descenso de la aparición de temblor postanestésico. Existen medidas farmacológicas, cuyo objetivo es bloquear los receptores involucrados en la aparición del temblor, pero no se actúa sobre la causa.

CONCLUSIÓN: Una de las complicaciones más frecuentes de la hipotermia que se produce en el quirófano, son los temblores postanestésicos. La aplicación de medios físicos para mantener una temperatura normal durante el periodo intraoperatorio es una de las medidas más efectivas para la prevención de la aparición de temblores.

PALABRAS CLAVE: HIPOTERMIA, ANESTESIA, PREVENCIÓN, POSTANESTÉSICO, TEMBLOR.

ESPÓNDILOARTRITIS ASOCIADA A SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELÍACA

ALBERTO BENAVENTE FERNÁNDEZ, SARA PÉREZ MOYANO, ALICIA MARTIN-LAGOS MALDONADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 54 años con antecedentes de dermatitis inespecífica y colon irritable. Consulta por poliartritis simétrica con afectación de MCF e IFP de varios años de evolución. No hay clínica extraarticular en el resto de anamnesis general y por aparatos que sugieran una etiología definida. Se establece el diagnóstico diferencial con etiología reumática/sistémica, infecciosa y enteropática por celíaca.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración resulta anodina, sin hallazgos orientativos que destacar. Pruebas complementarias: ANA, ENAs, FR, CCP, ECA: negativos. VIH, RPR, VEB, toxoplasma, CMV, Parvovirus B 19, Chlamydia, Borrelia y Brucella negativos. Biopsia de grasa abdominal: tinción de Rojo Congo negativo. Ac Transglutaminasa negativos, HLA DQ2 positivo, DQ8 negativo. Endoscopia alta sin hallazgos. Biopsia intestinal sin atrofia vellositaria con infiltración por linfocitos.

JUICIO CLÍNICO: Artropatía tipo Espónndiloartritis de predominio periférico, enteropática, asociada a sensibilidad al gluten no celíaca. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Enfermedades Reumáticas: Artritis Reumatoide, Espónndiloartropatías, Bechet. Sistémicas: LES, EMTC, Sarcoidosis, amiloidosis. Infecciosas: víricas. Brucellosis, Borreliosis. Enteropática por celiaquía.

PLAN DE CUIDADOS: Se somete a dieta estricta sin gluten, obteniendo una importante mejoría del cuadro artrítico, lo cual refuerza el diagnóstico.

CONCLUSIONES: La sensibilidad al gluten no celíaca es una entidad de difícil diagnóstico, pues, descartada la enfermedad celíaca, se tiende a desechar el papel patogénico del gluten sobre el proceso que motiva su establecimiento como diagnóstico diferencial. Por otra parte, es complicado su diagnóstico, pues no existe una prueba diagnóstica definitiva, requiriéndose descartar otras entidades y mantener una alta sospecha clínica, la cual, se puede establecer en base a: Otras afecciones que presente el paciente y se encuentre en la esfera de la celiaquía (en nuestra paciente; dermatitis inespecífica), Anti-TGt negativos y HLA DQ generalmente negativos (la positividad incrementa la sospecha y posibilidad, Biopsia duodenal sin atrofia vellositaria pero con linfocitosis intraepitelial. Mejora con dieta sin gluten (en algunos casos se puede considerar prueba de reintroducción del gluten).

PALABRAS CLAVE: CELIAQUÍA, SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELÍACA, ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS, DIAGNÓSTICO.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y FACTORES DE DIABETES

MARIA DEL CARMEN RUIZ ROS, ANA MARIA LOPEZ SERRANO, MERCEDES GUERRERO PORCEL

INTRODUCCIÓN: Se ha demostrado que la atención previa a la concepción disminuye el riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo en mujeres con diabetes pero muchas mujeres no planean sus embarazos.

OBJETIVOS: Determinar los factores asociados y las barreras relacionadas con la participación de estas mujeres en la atención previa a la concepción de la diabetes.

METODOLOGÍA: El estudio se realiza con 55 pacientes con diabetes pregestacional (26 con diabetes tipo 1) y 50 mujeres embarazadas no diabéticas se inscribieron consecutivamente en nuestro hospital. Completaron un cuestionario y se revisaron sus historiales médicos.

RESULTADOS: Los 26 pacientes con diabetes que recibieron atención preconcepcional tenían una edad actual similar pero vivían con sus parejas 97% , empleados 69,7%, con mayor frecuencia habían tenido abortos previos 78,6% y conocían el impacto de la diabetes en el embarazo 87,5%. La frecuencia de la ingesta de ácido fólico preconcepcional fue similar en las mujeres embarazadas con y sin diabetes 23,8%.

CONCLUSIÓN: La atención previa a la concepción de los pacientes diabéticos se asocia con vivir con una pareja, estar empleados, conocer los riesgos de complicaciones relacionadas con el embarazo, tener abortos espontáneos previos y ser controlado por un endocrinólogo. La planificación del embarazo es poco frecuente tanto en mujeres con diabetes como sin ella.

PALABRAS CLAVE: FACTORES, DIABETES, RIESGOS, ENFERMEDAD.

ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

MARIA VICTORIA JURADO LUCENA, MARIA CRISTINA GONZALEZ RAMOS, MARIA DOLORES CARRASCO TORRES

INTRODUCCIÓN: El tromboembolismo pulmonar es la obstrucción arterial pulmonar que provoca un defecto de oxígeno en los pulmones. Es una de las principales emergencias médicas. Más del 70% de los pacientes con tromboembolismo pulmonar presentan trombosis venosa profunda. Por otra parte, el 50% aprox. De pacientes con trombosis venosa profunda desarrollan tromboembolismo pulmonar.

OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo, síntomas y prevención del tromboembolismo pulmonar.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio descriptivo en las bases de datos Medlineplus, Dialnet Scielo y Meds. Los descriptores utilizados han sido, “Infección”, “Hospital”, “Vigilancia”, “Sistema”, “Prevención”, “Control”. “Nosocomiales”. Se ha filtrado por el idioma “español”. Del total de resultados obtenidos, se han seleccionado diez por su relevancia para el estudio.

RESULTADOS: Afecta a personas de todas las edades, razas y etnias, y ocurre tanto en hombres como en mujeres. Determinados factores y situaciones pueden aumentar el riesgo de desarrollar coágulos de sangre potencialmente mortales. Los síntomas que pueden asociarse al Tromboembolismo Pulmonar. Disnea inexplicable. Respiración rápida. Dolor precordial (puede ser peor al hacer respiraciones profundas). Frecuencia cardíaca rápida. Mareos o desvanecimientos

CONCLUSIÓN: Establecer un alto índice de sospecha clínica de Tromboembolismo Pulmonar en todo paciente con alguna condición para su aparición y en los cuales se presente taquicardia inexplicable, dolor torácico y disnea. Realizar un mejor manejo terapéutico con el uso de anticoagulantes. Incrementar la terapéutica profiláctica en aquellas enfermedades con fuerte asociación al Tromboembolismo Pulmonar. Como las cardiovasculares, respiratorias y politraumatizados.

PALABRAS CLAVE: INFECCIÓN, HOSPITAL, NOCOSOMIAL, VIGILANCIA, SISTEMAS, PREVENCIÓN.

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO EN LA APARICIÓN DE CARIES EN EDAD INFANTIL

RICARDO OLIVERA VAZQUEZ, ANA ESTHER GARCIA MELGAR, MARIA VIRGINIA DONOSO CUENCA

INTRODUCCIÓN: La aparición de caries en edad infantil es mucho más común de lo que se presupone, ya que es más difícil el cuidado y la higiene de la boca por parte del niño. Las caries están causadas por la aparición de la placa dental. Tres son los factores de riesgo más importantes: bacterias, azúcares, susceptibilidad de cada persona. Una buena prevención y tratamiento disminuiría las posibilidades de instauración de caries. La caries infantil avanza más rápidamente en los dientes de leche afectando no sólo a la pieza sino también al tejido nervioso, pudiendo producir grandes dolores en el niño.

OBJETIVOS: Analizar las causas y factores de riesgo que provocan las caries. Determinar medidas de prevención y tratamiento adecuado.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo y Medline y el buscador Google Académico.

RESULTADOS: Las caries en edad infantil son incluso más comunes que en adultos. El uso de azúcares en exceso, así como la utilización de chupetes y tetinas endulzadas aumentan la aparición de caries. Sin embargo ciertas enfermedades como el síndrome de la boca seca, hemofilia y otros trastornos de coagulación así como procesos de inmunodepresión también son factores predisponentes. La utilización de corticoides por vía oral como los inhaladores de budesonida de manera reiterada son también factores causales.

CONCLUSIÓN: El conocimiento de la patología así como el hecho de unas buenas medidas de prevención como pueden ser la utilización de flúor, cepillado dental, visitas programadas a dentistas y medidas dietéticas reduciendo azúcares, aumentarán considerablemente la no aparición de caries en edad infantil.

PALABRAS CLAVE: SALUD BUCODENTAL, CARIES INFANTIL, SALUD INFANTIL, CAUSAS Y FACTORES RIESGO.

COMPLICACIONES DEL PIE DIABÉTICO Y PREVENCIÓN DE LA AMPUTACIÓN EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II

MARÍA DEL CARMEN LOBATO VALENCIA, MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ GÓMEZ, ROSA MARIA GIL RUIZ

INTRODUCCIÓN: El pie diabético es una de las complicaciones crónicas de la DMTII, el cual destaca por la importancia sobre la calidad de vida. El pie diabético es una alteración neuropática que se origina por una situación de hiperglucemia continúa, la cual puede estar unida a un proceso isquémico y que puede desencadenar en una lesión y/o ulceración del pie. Entre las complicaciones más frecuentes del pie diabético se encuentran las úlceras, la claudicación intermitente, la gangrena y la amputación. La instauración de programas de prevención es una acción necesaria para evitar muchas de estas complicaciones, incluyendo como actividad esencial la promoción de hábitos saludables.

OBJETIVOS: Analizar las complicaciones del pie diabético y fomentar la prevención de la amputación mediante técnicas de autocontrol por parte del paciente con DMTII, tanto de su estado de salud en general como del cuidado de los pies.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa consultando diferentes bases de datos científicas como Scielo y PubMed y además realizando búsquedas en motor Google Académico.

RESULTADOS: Muchos de los pacientes con patología de pie diabético desarrollan algunas de las complicaciones del mismo. Pese a esto, más de la mitad de los pacientes realizan vigilancia diaria y control del estado para prevenir otras complicaciones, realizando cuidado de los pies y aplicando la educación sanitaria recibida por parte de los profesionales sanitarios.

CONCLUSIÓN: El pie diabético puede generar otras complicaciones si no se lleva a cabo un control diario del mismo. El impacto que generan las complicaciones en el estado de salud hace necesario establecer programas de prevención de las complicaciones, promoción de salud y control rutinario dirigidos al cuidado del pie diabético en paciente con DMTII.

PALABRAS CLAVE: COMPLICACIONES, PREVENCIÓN, PIE DIABÉTICO, AMPUTACIÓN, DIABETES MELLITUS TIPO II.

RECOMENDACIONES A SEGUIR PARA LA PREVENCIÓN Y BUEN MANEJO DEL PIE DIABÉTICO

CRISTINA PEREZ BELLO, NAYRA TRILLA ANTÓN, DIEGO MIGUEL HERNÁNDEZ DE ARMAS,
YERAY TOMAS SANTIAGO DIAZ, RAÚL ALBERTO GONZÁLEZ MEDINA

INTRODUCCIÓN: La diabetes mellitus es una enfermedad muy frecuente en la población general. Un mal manejo de dicha enfermedad puede causar diversas complicaciones tales como arteriopatías, retinopatías, neuropatías y pie diabético. Cuando existe neuropatía debido al daño producido por los nervios, el paciente sufre una pérdida de sensación de frío, calor o dolor. Debido a lo anterior es muy importante una buena educación higiénica y sanitaria capaz de solucionar cualquier complicación surgida.

OBJETIVOS: Determinar los conocimientos adecuados para el manteniendo y manejo de una correcta identificación de los problemas que surjan.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión en las bases de datos médicas, PubMed y Medline.

RESULTADOS: Se pueden prevenir parte de las úlceras de pie diabético a través de las siguientes recomendaciones. 1. Realizar controles diarios de glucemia para evitar posibles complicaciones posteriores 2. Lavar diariamente los pies con agua y jabón neutro nunca a temperatura mayor de 37°C. 3. Secarlos muy bien haciendo hincapié en los espacios interdigitales 4. Limar las uñas de forma recta, nunca cortarlas 5. Mantener la piel bien hidratada con cremas hidratantes 6. Calzado cómodo, que no oprima y revisarlo por dentro siempre antes de usarlo. 7. Realizar diariamente revisiones del pie y si no puede o no llega a verlo, se puede usar un espejo. 8. Si no existe ninguna contraindicación caminar diariamente. 9. Si observa cualquier anomalía, acudir a su médico.

CONCLUSIÓN: Es de suma importancia el educar al paciente con dichas recomendaciones, que son necesarias para evitar o agravar posibles complicaciones. Y recomendar que si no pueden o ven algo inusual, que acudan a su médico para una revisión exhaustiva.

PALABRAS CLAVE: PIE, DIABETES, PREVENCIÓN, MANEJO.

NEUMONÍA POR HAEMOPHILUS B Y ASPERGILLUS EN INMUNODEPRIMIDO

CARMEN TRUJILLANO FERNANDEZ, ANTONIO LÓPEZ RUIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 51 años ingresado en planta por diagnóstico de neumonía en paciente inmunodeprimido. Clínica de disnea y fiebre de hasta 39°C. Se trata paciente oncológico con antecedentes de carcinoma epidermoide de lengua intervenido, neoplasia de recto en tratamiento actual con quimioterapia y radioterapia, pendiente de cirugía. En Radiografía de tórax llama la atención infiltrado intersticial bilateral. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona * Levofloxacino. (Antígeno frotis nasofaríngeo: negativo para Gripe A, positivo para gripe B). Durante su estancia en planta presenta mala evolución clínica con picos de fiebre y sin mejoría desde el punto de vista respiratorio precisando oxigenoterapia alta y persistiendo disnea. Ante sospecha de sobreinfección respiratoria sobre neumonía por gripe B (en paciente inmunodeprimido) se rota antibioterapia a ceftazidime+ vancomicina+ septrin, ingresa en UCI por aumento de disnea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Desnutrido, signos de atrofia muscular, sequedad de piel y mucosas, pálido, taquipnea de 20 rpm, SpO₂ 100% con mascarilla reservorio. TA 120/70 mmHg, FC 140 lpm en ritmo sinusal - Rx de tórax: infiltrado bilateral parcheado. - TACAR: existencia de un patrón en vidrio deslustrado de predominio central con engrosamiento peribronquial central con área de mayor condensación sobre todo en lóbulos inferiores bronquio abierto que sugiere la posibilidad de cuadro inflamatorio infeccioso. - BAS: aspergillus fumigatus.

JUICIO CLÍNICO: NEUMONÍA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO POR ASPERGILLUS.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Bacterias (P. Aeruginosa, S. Aureus) - Hongos (Aspergillus, Mucormicosis, Candida) - Virus (CMV, Varicela Zoster, Virus Herpes Simple, Virus Respiratorio Sincitial, parainfluenza, influenza) - P. Carinii - Micobacterias

CONCLUSIONES: Los pacientes inmunodeprimidos oncológicos, bien por terapia corticoide prolongada (con depresión de la inmunidad celular) como por quimioterapia citotóxica (disminución de granulocitos) son proclives al desarrollo de infecciones por gérmenes atípicos e invasores. El aspergillus fumigatus presenta una distribución universal, siendo un hongo oportunista con diseminación hematogena en paciente inmunocomprometidos.

PALABRAS CLAVE: INFECCIÓN, NEUMONIA, ASPERGILLUS, HAEMOPHILUS.

CELULITIS EN UNA PRÓTESIS DE RODILLA

MARÍA DEL MAR FERNANDEZ GAZQUEZ, SANDRA GARCÍA CANO, ROSA MARÍA GEA RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 75 años con sobrepeso e insuficiencia venosa. Intervenido quirúrgicamente de prótesis total de rodilla izquierda hace 14 meses. Sin complicaciones en el postoperatorio ni en el proceso de rehabilitación con fisioterapia. Hace dos semanas fue intervenida de la rodilla derecha para colocar una prótesis total. Acude a consulta para comenzar la rehabilitación postoperatoria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se aprecia un ligero aumento de la temperatura, eritema, dolor, edema e hipersensibilidad en la rodilla derecha. Además se puede observar un aspecto brillante en la piel de la región del muslo y la rodilla con dilatación de los poros. Limitación de la flexión (70°) por dolor. El balance muscular es de 4-/5 según la escala Kendalls.

JUICIO CLÍNICO: Celulitis en muslo y rodilla derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se descartó la presencia de trombosis venosa profunda, gota o dermatitis con síntomas y/o signos comunes. También se descartó la presencia de infección en la cicatriz quirúrgica.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento médico se basa principalmente en la profilaxis anti-trombótica, antibiótico, vendaje compresivo, elevación del miembro y reposo relativo (5 días aproximadamente).

CONCLUSIONES: La celulitis generalmente es causada por bacterias estafilococo o estreptococo que infecta la piel. Pueden aparecer tras cirugías pues la propia herida y la insuficiencia venosa son factores de riesgo para dicha afección. En el caso de que aparezca celulitis en una intervención quirúrgica de prótesis debe valorarse la afectación de la misma. Su diagnóstico precoz es fundamental para evitar la infección y las consecuencias que podrían aparecer a nivel músculo-esquelético.

PALABRAS CLAVE: CELULITIS, PRÓTESIS DE RODILLA, COMPLICACIÓN, FISIOTERAPIA.

VALORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

JAVIER CASTRO DIAZ, LORENA CALATRAVA SÁNCHEZ, SARA LÓPEZ DE AHUMADA AGÜERA

INTRODUCCIÓN: El pie diabético es una "alteración clínica provocada por hiperglucemia mantenida, con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático que produce una lesión o ulceración en el pie". Un 15% de los pacientes diabéticos presentarán úlceras en los pies a lo largo de su vida.

OBJETIVOS: Identificar los aspectos a tener en cuenta en la valoración del pie diabético.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Scielo, Cuiden, Pubmed, Medline. Se ha excluido bibliografía de antigüedad superior a 3 años.

RESULTADOS: En la valoración del pie diabético tendremos en cuenta los siguientes aspectos: 1. Factores de riesgo de complicación de pie diabético: mayor de 60 años, nivel socioeconómico bajo, diabetes mal controlada o de larga evolución y sexo masculino. 2. Deformidades que podemos encontrar: dedo en garra, convexidad del arco plantar y uñas encarnadas. 3. Edemas: en la úlcera del pie cuando se estimula un receptor del dolor, se activa la liberación de sustancias vasoactivas que provocan vasodilatación y extravasación. 4. Valorar la presencia de pulsos: Pulso pedio y pulso tibial posterior. 5. Valorar la presencia de neuropatía diabética: mediante el Test de monofilamento (el paciente con los ojos cerrados nos indicara si percibe o no el estímulo del monofilamento). Si el paciente ha perdido la sensibilidad, no sentirá el dolor en la aparición de una úlcera. Prevenir las úlceras en el pie diabético mediante una valoración realizada por enfermería en Atención Primaria. Reducir el número de amputaciones en pacientes con pie diabético para mejorar la calidad de vida de estos.

CONCLUSIÓN: El síndrome del pie diabético supone una elevada morbilidad y un elevado coste socioeconómico para el paciente y para la sanidad. La prevención de complicaciones mediante una valoración exhaustiva podría prevenir hasta el 80% de las amputaciones en los pacientes diabéticos por lo que se mejoraría la calidad de vida de estos.

PALABRAS CLAVE: PIE DIABÉTICO, DIABETES MELLITUS, COMPLICACIONES DE LA DIABETES, NEUROPATÍA DIABÉTICA.

DOLOR DE OÍDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

NATALIA ZAFRA RAMÍREZ, ALBA PARRA MORALES, LAURA FLORES PADILLA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 44 años con hipotiroidismo secundario, talasemia minor y ferropenia, sin hábitos tóxicos. Acude a Urgencias por otalgia izquierda, picor intenso en CAE (conducto auditivo externo) y otorrea escasa oscura sin fiebre desde hace 10 días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la otoscopia se aprecia secreción blanquecina, no se visualiza tímpano. Pautan Augmentine y Zaldiar a demanda; acudir día siguiente para valoración por Otorrinolaringología, quienes visualizan otorrea blanquecina en CAE con restos parduzcos. Aspiración de secreción con sangrado espontáneo. Tímpano normal. Aconsejan Menaderm otológico y no mojar oído. Como persiste clínica acude a Atención Primaria. En otoscopia (dolorosa) hay otorrea espesa amarillenta en CAE, poco engrosado pero muy hiperémico; tímpano enrojecido. Solicitamos frotis ótico. Recomendamos alcohol boricado en gotas. Mejoría sintomática. En cultivo ótico crece ASPERGILLUS NIGER.

JUICIO CLÍNICO: Se trató de una otitis externa micótica. Para el dolor, analgésicos o antiinflamatorios orales a demanda + calor local. Si el paciente lo tolera, limpiar el CAE de secreciones para ver MT, diferenciar de una otitis media (OM) y facilitar penetración de gotas. Si inflamación leve-moderada, los acidificantes (ácido acético o alcohol boricado) suelen ser suficientes. En inflamaciones más graves se aconsejan antifúngicos tópicos (clioquinol, bifonazol, clotrimazol durante 15 días). Si CAE completamente estenosado se aconseja colocar mecha de algodón para que las gotas lleguen al fondo por capilaridad. El antibiótico oral lo reservaremos en evolución tórpida, inmunodeprimidos, OM concomitante.

CONCLUSIONES: La otalgia es un motivo de consulta frecuente y de fácil manejo en Atención Primaria. Es importante realizar una buena anamnesis y exploración sistemática para distinguir entre otalgia primaria o secundaria/refleja porque en ocasiones se prescriben tratamientos innecesarios y erróneos.

PALABRAS CLAVE: OTALGIA, OTITIS, OTOMICOSIS, OTOSCOPIA.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO HOSPITALIZADO: PAPEL DE ENFERMERÍA

BEATRIZ GARCIA GONZALEZ, ALBA GÓMEZ CASTRO, MARIA DE LA CRUZ MEDINA ROMERO

INTRODUCCIÓN: Los trastornos del ánimo en mayores de 60 años tienen una importante prevalencia. La depresión se incrementa del 25 al 40% en pacientes hospitalizados. Debido a la alta prevalencia de depresión en el adulto mayor hospitalizado y sabiendo cómo influye en el desarrollo de la enfermedad, sería oportuno que existieran programas de detección para efectuar intervenciones oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y la mortalidad.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de depresión y los factores de riesgo asociados en el adulto mayor hospitalizado.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de artículos científicos en Pubmed, Medline y Scielo usando los descriptores de salud: depresión, anciano, prevalencia y hospitalización. Se aplicó el filtro idioma español y período temporal de 10 años. De 62 referencias encontradas, fueron seleccionadas 21.

RESULTADOS: Las cifras de prevalencia de depresión en el anciano hospitalizado alcanzan un 26%. El grupo de edad con mayor porcentaje (25%) oscilaba entre 65-69 años, y el de menor porcentaje (3%) entre 90-94 años. La depresión es más frecuente en mujeres con un 54%. Se encuentra mayor prevalencia en los viudos con 38,46%. En solteros y separados un 23,8% y en casados un 13,75%. Con respecto a la situación familiar, los pacientes que viven solos muestran una prevalencia del 33,3%, los que viven con su familia 26,7% y los que viven con su cónyuge 10,2%.

CONCLUSIÓN: La prevalencia de depresión en el adulto mayor hospitalizado es elevada (21,4-26%). Ser mayor de 65 años, vivir solo, tener bajo nivel educativo, padecer alguna enfermedad crónica, contar con pocos recursos sociales y ser mujer, pueden aumentar la probabilidad de padecer depresión en el adulto mayor hospitalizado. Resaltar la importancia de Psiquiatría en el medio hospitalario, destacando el papel de apoyo y asesoramiento especializado en el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, ANCIANO, PREVALENCIA, HOSPITALIZACIÓN.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA COLELITIASIS

SANDRA MARTIN PULIDO, ANGELA CASADO RODRIGUEZ , MARIA ANTONIA ROSAL CARRIEL

INTRODUCCIÓN: La colelitiasis o litiasis biliar se define como la presencia de cálculos en la vesícula y/o vía biliar. Puede ser aguda o crónica, siendo la colelitiasis crónica más frecuente en mujeres que en hombres. Es una enfermedad importante dado su elevada prevalencia.

OBJETIVOS: Identificar las recomendaciones a pacientes con colelitiasis.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la colelitiasis en los últimos diez años. Las bases de datos consultadas fueron Scielo, Manual Ifses EIR 2016/2017, buscador Google y manual de “Enfermería Médico-Quirúrgica” de Fuden. Los descriptores utilizados en español fueron: “cálculo”, “obesidad”, “vesícula”, “cólico”.

RESULTADOS: Los resultados de esta revisión ponen de manifiesto la importancia del seguimiento de una dieta baja en grasas e hipocalórica y beber abundantes líquidos. Aconsejable también el seguimiento de una tabla de ejercicios para disminuir el peso en pacientes obesos.

CONCLUSIÓN: Como conclusión a esta revisión cabe destacar el importante papel de enfermería mediante su educación sanitaria. Gracias al cumplimiento de hábitos de vida saludables y la prevención de factores de riesgo disminuyen las complicaciones y la incidencia de esta patología.

PALABRAS CLAVE: OBESIDAD, CÁLCULO, CÓLICO, VESÍCULA.

REDUCIR LOS DAÑOS DERIVADOS DEL ALCOHOL, LAS DROGAS Y EL TABACO

MARIA OLIVA RODRIGUEZ ROBLES, ESTEFANIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, JUAN CARLOS LINGE PEREZ

INTRODUCCIÓN: El número de europeos fallecidos por sobredosis ha aumentado los últimos años en la mayoría de los países. En 2005 se registraron en los países de la UE 6873 fallecimientos por sobredosis, frente a 6780 en 2004 y 6350 en 2003.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica disponible acerca deL alcohol, drogas y tabaco. Determinar las patologías más frecuentes relacionadas con estos hábitos. Identificar las actividades que se pueden llevar a cabo para la reducción de daños.

METODOLOGÍA: Ara la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliografía narrativa a partir de la búsqueda de artículos en bases de datos (Scielo, Medline Plus, Dialnet Plus, Scopus, Scielo, Update), revisiones sistemáticas de la Biblioteca Cochrane Plus, recomendaciones de organismos y asociaciones nacionales e internacionales.

RESULTADOS: En todos los países, el porcentaje de no fumadores debe ser de, al menos, el 80% entre las personas mayores de 15 años y de prácticamente el 100% en las personas menores de 15 años. En todos los países, el consumo de alcohol per cápita no debe superar o exceder los 6 litros al año y debe ser próximo a cero en las personas menores de 15 años. En todos los países, la prevalencia del uso de drogas psicótropas ilegales se deberá reducir, como mínimo, en un 25%, y la mortalidad en un 50%.

CONCLUSIÓN: En la actualidad no se han reducido significativamente en todos los estados miembros los efectos negativos para la salud derivados del consumo de sustancias que producen dependencia como el tabaco, alcohol y psicótopos.

PALABRAS CLAVE: ALCOHOL, TABACO, DROGAS, DAÑOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA GRIPE A

JOSÉ DANIEL GUALDA MARTÍN, MARÍA DOLORES CARMONA SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN CARMONA RIVAS

INTRODUCCIÓN: La Influenza A H1N1 o gripe porcina es una infección causada por un virus que los cerdos contraen, que con el tiempo mutó e infectó a personas.

OBJETIVOS: Analizar las causas de Gripe A. Determinar las recomendaciones para evitar el contagio.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Scielo, Medline, Cochrane Plus, Cuiden Plus y Pubmed, usando los descriptores: atención de enfermería; periodo de transmisión; prevención primaria; Virus de la Influenza A. Las variables consideradas fueron el tema, número de publicaciones desde 2010 hasta 2016, autores, revistas y nacionalidad e internacionalidad. Se encontraron 97 referencias tras la búsqueda; y fueron seleccionadas 52 para un análisis a fondo, por cumplir los criterios de inclusión propuestos.

RESULTADOS: Según la bibliografía consultada, el virus H1N1 surgió en los humanos en el 2009 y se propagó rápidamente a nivel mundial. La edad de la mayoría de las personas que contrajeron la gripe por H1N1 comprendía de 5 a 24 años. Como forma de transmisión se citan: toser o estornudar, tocar fómites que contienen gérmenes del H1N1 y luego tocarse la boca, los ojos o la nariz; o tocar el moco mientras de un niño o un adulto enfermo con el virus de la gripe H1N1. No se contrae la gripe H1N1 por comer carne de cerdo o cualquier otro alimento, tomar agua, nadar en estanques o usar jacuzzis o saunas.

CONCLUSIÓN: Es esencial que enfermería realice educación sanitaria abordando las medidas de prevención como son cubrirse nariz y boca con un pañuelo al toser o estornudar y tirarlo; lavarse las manos con agua y jabón, sobre todo tras toser o estornudar; evitar tocarse los ojos, nariz o boca para que no se diseminen los gérmenes y evitar el contacto con gente enferma.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, PERIODO DE TRANSMISIÓN, PREVENCIÓN PRIMARIA, VIRUS DE LA INFLUENZA A.

RELACIÓN ENTRE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES Y LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

MANUELA ARJONA SEGURA, ESTHER LOPEZ BLAZQUEZ, CATALINA MILLÁN MILLÁN

INTRODUCCIÓN: Los anticonceptivos orales son el método mas utilizado para prevenir embarazos. Su composición se basa en hormonas similares a los estrógenos y el progestágeno.

OBJETIVOS: Conocer la relación entre la toma de anticonceptivos orales y padecer una trombosis venosa profunda.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos, Cuiden, Scielo y Pubmed en el intervalo de 2010 a 2017. Seleccionamos 8 artículos por su relevancia y actualidad sobre la temática, para analizar en profundidad.

RESULTADOS: La trombosis venosa es la formación de un coagulo en una vena, afecta principalmente a las venas e la pierna, muslo, brazo y pelvis. La evidencia revisada demuestra que existe relación entre la trombosis y los anticonceptivos, debido a que las hormonas (estrógenos y progestágenos) se dirigen a los vasos sanguíneos. Éstos producen cambios en el torrente sanguíneo como son; aumento de la trombina. Aumento de los factores de coagulacion (fibrinogeno, VII, VIII, IX, X, XII Y XIII) reducción de inhibidores de la coagulación. Existen factores de riesgo que aumenta la incidencia de trombosis junto con las anticonceptivas, como son la obesidad y ser fumador.

CONCLUSIÓN: La relación existente de padecer una trombosis venosa profunda cuando se toma anticonceptivos orales es debido a la carga hormonal y los cambios que provoca sobre los vasos sanguíneos.

PALABRAS CLAVE: ANTICONCEPTIVOS, TVP, TROMBOSIS, ORAL.

ARTRITIS CAUSADA POR INFECCION MICÓTICA

ELENA MARIA ORTIZ GARCIA, LOURDES ALICIA BARQUERO GÓMEZ, INMACULADA CONCEPCIÓN LÓPEZ SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: La artritis micótica o fúngica, es una afección rara, provocada por una infección granulomatosa articulaciones y huesos. Caracterizada por una lenta evolución clínica y radiológica. Normalmente se observa un cuadro clínico sin dolor al principio de la infección y progresivamente se aprecia una aparición tardía del dolor y disminución de la movilidad.

OBJETIVOS: Conocer el origen de esta enfermedad, síntomas en los pacientes, pruebas para su determinación y tratamiento.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica mediante búsqueda a través de buscadores científicos como PubMed, Scienccdirect, ProQuest Nursing & Allied, Health Database, Cinahl Complete, y el buscador Google Académico.

RESULTADOS: La artritis fúngica provoca hinchazón de una articulación por infección por hongos que puede ser consecuencia de la diseminación que haya afectado a otro órgano del cuerpo. Pueden causar artritis fúngica: -Blastomicosis. -Candidiasis. -Esporotricosis. -Histoplasmosis. -Coccidioidomicosis. -Exeserohilum. Puede afectar a huesos y tejidos articulares y una o varias articulaciones. Entre los síntomas encontramos: Fiebre, dolor, rigidez e inflamación articular. El dolor crece durante la noche. Por la mañana hay limitación en la movilidad de la zona y disminuye conforme se va movilizand la articulación. Se produce acumulación de líquido en el interior de la articulación. El análisis del líquido ayuda al diagnóstico de la causa. Las pruebas a realizar serían: -Cultivo de líquido articular en medio Agar Sabourand o Dialamalt. -Serología para enfermedad micótica. -Biopsia sinovial. -Radiografía articular. El tratamiento se basa en antimicóticos como amfotericina B o los medicamentos de la familia azol. Si el problema se ha hecho crónico, puede que se necesite cirugía

CONCLUSIÓN: La artritis micótica es una enfermedad de evolución lenta que puede pasar desapercibida en sus orígenes aunque con grandes repercusiones para la vida del paciente. Si se detecta a tiempo puede ser tratada con antimicóticos pero si no ocurre así puede llegar a la intervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: ARTRITIS, ANTIMICÓTICOS, INFECCIÓN, LÍQUIDO, FÚNGICA.

PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA MASIVA

ROSA GONZALEZ BARBERO, CRISTINA PELÁEZ RAMÍREZ, MARIA DOLORES GARCIA HURTADO

INTRODUCCIÓN: Unas de las complicaciones de la enfermedad de Crohn (EC) es el sangrado gastrointestinal bajo masivo siendo este poco frecuente, y requiriendo pocas veces una intervención quirúrgica.

OBJETIVOS: Analizar las hemorragias masivas en la Enfermedad de Crohn y poder así indicar sus principales factores de riesgo como son genéticos , ambientales y propios de la enfermedad.

METODOLOGÍA: Se produjo un análisis retrospectivo de cohortes en 74 afectados con EC, para analizar el sangrado digestivo masivo relacionado con esta enfermedad, de los cuales 44 eran mujeres y 30 hombres, siendo la edad media de estos 38 años. Se estudiaron factores de riesgo como el tabaquismo, estilo de vida, localización de la enfermedad en el aparato digestivo y posibles mutaciones

RESULTADOS: En nuestro estudio 2 pacientes (2,7%) tuvieron una hemorragia digestiva masiva que conllevó a una intervención quirúrgica. Esta operación implica el 3,4% de las cirugías relacionadas con EC. Los pacientes intervenidos eran jóvenes y encontrándose la zona afectada en el íleon. No se ha podido demostrar ningún tipo relación relevante en las hemorragias digestivas bajas masivas y los factores de riesgo estudiados.

CONCLUSIÓN: El sangrado digestivo bajo masivo es una empeoramiento poco frecuente, pero grave de la Enfermedad de Crohn. Generalmente son pacientes jóvenes que presentan un patrón inflamatorio y afectación del íleon. Un adecuado diagnostico implica la realización de una de endoscopia y arteriografía, y su resolución suele ser quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA, ENFERMEDAD DE CROHN, SANGRADO GASTROINTESTINAL, ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES MEDIANTE AISLAMIENTO HOSPITALARIO

JOSE ANGEL ROMERO MUÑOZ, SERGIO ALCARIO BAUSA, MARIA ISABEL BARRIL TABARES, MARÍA MAGDALENA MARTÍN, JUANA MARIA ORTEGA GONZALEZ, MANUEL MORILLO ESCRIBANO

INTRODUCCIÓN: Conocemos la infección nosocomial como aquella que se contrae durante, o como consecuencia de la atención sanitaria. Estas infecciones acarrear un aumento de la morbilidad y la mortalidad, prolongando la estancia hospitalaria, lo que implica mayor sufrimiento del paciente y un incremento de los gastos sanitarios. El conocimiento de los factores de riesgo relacionados con la adquisición y desarrollo de las infecciones nosocomiales es importante para intentar establecer medidas preventivas específicas o especiales en pacientes con elevada susceptibilidad.

OBJETIVOS: Identificar las prevenciones para lo diferentes tipos de infecciones.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en motores de búsqueda: Google Académico y PubMed.

RESULTADOS: Prevenciones para infecciones de transmisión aérea si se sospecha de infección por: Tuberculosis, Sarampión, Varicela, Zoster diseminado. Prevenciones para infecciones de transmisión por gotas si se sospecha de infección por: Infección invasora por N. Meningitidis, Infección invasora por H. Influenzae tipo b. Otras infecciones relevantes: difteria; neumonía por M. Pneumoniae; tos ferina, Streptococcus pyogenes. Infecciones virales: adenovirus, rinovirus, influenza, SARS (si no existe habitación con presión negativa), parotiditis, rubéola. Fiebres hemorrágicas virales. Precauciones de transmisión por contacto si se sospecha de infección por: Colonización o infección en cualquier localización por microorganismos multirresistentes, de relevancia clínicoepidemiológica. Infección entérica por Clostridium difficile, Escherichia coli O157: H7 enterohemorrágico, Shigella, hepatitis A o rotavirus Virus respiratorio sincitial, virus parainfluenza, y enterovirus en niños, adenovirus. Infecciones cutáneas altamente contagiosas: difteria cutánea, VHS, impétigo, abscesos abiertos o celulitis o decúbitos mayores.

CONCLUSIÓN: Detectando y aislando de manera correcta los posibles casos de patología infecciosa que llegan al hospital, se evitará la infección nosocomial en pacientes sanos y las consecuencias negativas derivadas de la misma.

PALABRAS CLAVE: AISLAMIENTO, NOSOCOMIAL, GOTAS, CONTACTO, AIRE.

DIFICULTAD RESPIRATORIA EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA

ALICIA ESTELA PAREJO ALVAREZ, VICTORIA ROCIO VELEZ GARCIA, GEMA CANO CABRERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 80 años que acude a nuestra consulta por aumento de su disnea habitual hasta por la noche, que precisa dos almohadas para dormir, está orinando menos y presenta edemas en ambos miembros inferiores desde hace una semana, no presenta síntomas catarrales ni fiebre. Antecedentes personales de HTA , DM2, Fibrilación auricular e hipotiroidismo. El tratamiento diario es enalapril/hidroclorotiazida, metformina 850 mg, furosemida y aldocumar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 150/90, FC 80 lpm, Sat O2 97%. Buen estado general, consciente y orientada, Bien hidratada y perfundida. AC: Arrítmica a buena frecuencia, sin soplos.. AP: Aceptable murmullo vesicular con crepitantes bibasales. Edemas que dejan fóvea en región pretibial. Juicio clínico: Insuficiencia cardiaca descompensada.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia cardiaca descompensada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos que tenemos pensamos como primera opción en insuficiencia cardiaca descompensada, aunque podríamos plantearnos una infección respiratoria, pero no presenta síntomas catarrales ni fiebre, también podríamos pensar que tuviese fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, pero en este caso no presenta sensación de palpitaciones ni dolor torácico.

PLAN DE CUIDADOS: Paciente con controles semanales en la consulta, para ver evolución son subida de dosis de fármacos para luego dejar dosis de mantenimiento.

CONCLUSIONES: La insuficiencia cardiaca, es una patología muy frecuente en personas mayores, provocando disnea y edemas y en casos graves pueden provocar edema agudo de pulmón. En este caso es leve por lo que indicamos tratamiento domiciliario con aumento de furosemida y control de la tensión arterial, durante 5 a 7 días donde revisaremos de nuevo para reajustar tratamiento.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, EDEMAS, INSUFICIENCIA, CARDÍACA.

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES

SILVIA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARIA ISABEL MATIAS FERNANDEZ, MARIA DOLORES CAPARROS RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: Según la Organización Panamericana de Salud, la edad de inicio de consumo de drogas ilícitas se encuentra en los 13 años. A nivel mundial, se puede observar que un 2,8 % de la mortalidad es causada por el consumo de alcohol. Además, este porcentaje está creciendo y ocasionando trastornos y enfermedades.

OBJETIVOS: La finalidad de este estudio es conocer los factores de riesgo para el consumo de alcohol en los adolescentes para reducir y prevenir su consumo evitando así sus consecuencias.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de Scielo, la editorial Elsevier y Proquest. Los criterios de inclusión son aquellos artículos que tratan sobre los factores de riesgo para el consumo de alcohol en los adolescentes. Los descriptores de salud utilizados fueron: factores de riesgo, alcoholismo, prevención y adolescencia. De todos los artículos encontrados se han seleccionado 5 a texto completo entre 2012 y 2018.

RESULTADOS: Los factores de riesgo para el consumo de alcohol en los adolescentes pueden ser: contextuales y sociales, e individuales. Los contextuales y sociales hacen referencia a historia de alcoholismo familiar, eventos estresantes, uso de drogas por parte de los amigos, tiempo pasado con amigos que consumen alcohol, divorcio de los padres, hábito de un consumo alto de alcohol anteriormente y fumar. En cambio, los factores individuales son: pobre control inhibitorio, determinados rasgos de personalidad como búsqueda de sensaciones, impulsividad o problemas emocionales con síntomas depresivos.

CONCLUSIÓN: Los factores contextuales, sociales e individuales son de riesgo para el consumo de alcohol en los adolescentes. Por eso, es necesario que se conozcan desde el ámbito familiar, social y sanitario para desarrollar campañas de prevención del alcoholismo y así reducir su consumo sin olvidar los efectos adversos que ocasionan sobre esta población en riesgo y en general para el resto de consumidores.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, ALCOHOLISMO, PREVENCIÓN, ADOLESCENCIA.

ANÁLISIS SOBRE LAS CAUSAS DE LA FRACTURA DE CADERA

SILVIA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARIA DOLORES CAPARROS RODRIGUEZ, MARIA ISABEL MATIAS FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La fractura de cadera ocurre principalmente en pacientes mayores de 60 años y con mayor frecuencia en el sexo femenino (80-85 %). Ocasiona una gran repercusión asistencial, social y económica debido a las consecuencias que derivan de ella (dolor, mala osificación ósea, disminución de la actividad física, cirugía, etc).

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es determinar las principales causas de la fractura de cadera para poder disminuir su prevalencia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de Scielo, Elsevier y Pubmed. Los criterios de inclusión son aquellos artículos que tratan sobre las causas de la fractura de cadera. Los descriptores de salud utilizados fueron: etiología, articulación de la cadera, fracturas de cadera y lesiones de la cadera. De todos los artículos encontrados se han seleccionado 5 a texto completo en un periodo comprendido entre 2012 y 2018.

RESULTADOS: De los artículos encontrados se han hallado que las causas más frecuentes de las fracturas de cadera son: pelvis ósea más ancha, con tendencia a la coxa vara, sedentarismo, presencia de osteoporosis después de la menopausia, sarcopenia, osteosarcopenia, artritis reumatoide, obesidad y esperanza de vida mayor en las mujeres que en los hombres.

CONCLUSIÓN: La pelvis ancha, la coxa vara, la falta de ejercicio, la obesidad, la edad y enfermedades como la osteoporosis, la sarcopenia y la osteosarcopenia son las causas más comunes de la fractura de cadera. Por eso, es necesario conocerlas para poder prevenirlas y disminuir su incidencia, así como para mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen y optimizar el impacto asistencial y socioeconómico.

PALABRAS CLAVE: ETIOLOGÍA, ARTICULACIÓN DE LA CADERA, FRACTURAS DE CADERA, LESIONES DE LA CADERA.

PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: RELACIÓN CON EL ESTRÉS Y LOS GLUCOCORTICOIDES

ANA CAPILLA MOLINA, MARTA HERNÁNDEZ GARCÍA, KAREN GAMEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: El dolor es uno de los síntomas más importantes para la supervivencia humana, definido por la IAPS como “experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada con una lesión real o potencial de un tejido, cuyas implicaciones con frecuencia limitan el desarrollo de las actividades cotidianas”. Existen múltiples teorías que explican el dolor. Las más recientes, incorporan elementos nuevos como el estrés. Además los recientes estudios sobre Fibromialgia apuntan a una alteración en el Eje Hipotalamo-Hipofisis-Adrenal, que tendrá como consecuencia una alteración en la liberación de cortisol siendo este más bajo que en pacientes controles. Esta hipocortisolemia podría estar estrechamente relacionada con el dolor.

OBJETIVOS: Determinar si en paciente con cáncer de mama los niveles de cortisol se muestran alterados y si a su vez se relacionan con modificaciones en la percepción de dolor.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Medline, Cochrane y Cinahl. Los criterios de inclusión fueron una antigüedad no mayor a 12 años, lenguaje inglés o castellano y que fueran relevantes para nuestra investigación. Finalmente 9 artículos fueron incluidos.

RESULTADOS: Los artículos seleccionados fueron divididos en dos categorías: Los que hablaban de la percepción del dolor. A excepción de uno todos demostraban una correlación positiva entre el estrés y el dolor. Los que hablaban de terapias complementarias. Todos ellos demostraron que las terapias complementarias ayudaban a disminuir tanto los niveles de cortisol como el dolor.

CONCLUSIÓN: Aunque existen resultados paradójicos, hay suficiente evidencia científica que correlaciona mayor secreción de cortisol con mayor percepción de dolor, mayor fatiga y mayor tendencia a la depresión en pacientes con cáncer de mama. Intervenciones físicas, como el masaje o la danza mejoran tanto el estrés como el dolor en pacientes que han sufrido cáncer de mama.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, CORTISOL, CÁNCER DE MAMA, ESTRÉS.

GUÍA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

SARA MENDEZ NIETO, ANA ISABEL OSORIO LUCENA, MARINA BERMÚDEZ VALENZUELA,
ANTONIO MANUEL GONZALEZ BARBERO

INTRODUCCIÓN: El shock séptico es una afección grave que ocurre cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente una hipotensión arterial peligrosa. Puede ser causado por focos primarios (tracto respiratorio, bacteriemia, tracto urinario, piel, catéteres intramusculares) y secundarios (vía urinaria, respiratoria, herida quirúrgicas...).

OBJETIVOS: El objetivo de nuestro estudio es analizar los cuidados de enfermería en estos pacientes y saber cómo debemos actuar.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones científicas.

RESULTADOS: El estado hemodinámico del paciente mejorará con los siguientes cuidados de enfermería: - Tomar las constantes vitales y registrar en la hoja de seguimiento cada 15 minutos la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la respiratoria, así como la temperatura. - Colocar al enfermo en decúbito supino con las extremidades inferiores elevadas para aumentar al máximo el flujo sanguíneo cerebral. - Realizar una medición de la presión venosa central con frecuencia, cada 30-60 minutos. -Canalizar catéter arterial para control estricto de TA y analítica. -Administración de sedoanalgesia y bloqueantes neuromuscular - Administrar líquidos para restablecer volemia. -Si presenta bajo Gasto Cardíaco se administrará Dobutamina. - Realizar ECG completo y monitorización del ritmo cardíaco. - Si el paciente ha sido conectado a ventilación mecánica se procede a la colocación de SNG para alimentación enteral o para drenado de contenido gástrico por gravedad, según orden médica. - Efectuar sondaje vesical y medir diuresis horaria. Con las debidas normas de asepsia, tomar muestras para una analítica urinaria. -Antibióticos de amplio espectro hasta recibir resultados de cultivos. -Profilaxis de heparina para prevenir TVP (Trombosis venosa periférica). -Protocolos de asepsia y/o esterilidad en la canalización de vías, administración de tratamiento, curas de heridas, úlceras, catéteres...

CONCLUSIÓN: Para lograr una buena evolución del paciente, el personal de enfermería tiene un papel fundamental en el control de sus cuidados constantes.

PALABRAS CLAVE: SHOCK SÉPTICO, ENFERMERIA, CUIDADOS, PACIENTE CRÍTICO.

ACTUACION DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON MUERTE CEREBRAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MERCEDES GUERRERO PORCEL, ANA MARIA LOPEZ SERRANO, MARIA DEL CARMEN RUIZ ROS

INTRODUCCIÓN: El paciente con muerte cerebral es un buen candidato para la donación, normalmente es un paciente que ocupa las camas de la unidad de cuidados intensivos, por lo tanto, es trabajo del personal de enfermería de esta unidad, del mantenimiento de las funciones vitales, siendo necesario que tenga una comprensión solida de todos los aspectos de la muerte cerebral, de conocimiento científico y ético, porque la viabilidad de órganos y tejidos depende directamente de la conservación adecuada.

OBJETIVOS: Determinar el papel del auxiliar de enfermería ante la muerte encefálica en el potencial donante de órganos.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica desde 2010 a la actualidad, sobre la donación. Seleccionando artículos en español e inglés. Se centra la búsqueda sobre el tema en las bases de datos Pubmed y Scielo, encontrando 12 documentos relacionados con el tema, seleccionando 5 finalmente. Excluyendo los que no hablaban de la donación en el paciente con muerte encefálica.

RESULTADOS: El equipo de salud debe ser capacitado para el proceso de adquisición de órganos en su aspecto técnico, pero también el aspecto biopsicosocial y ético. Es parte de este equipo actuar bajo el principio de caridad y tratar al donante como un ser, ni como un órgano. El auxiliar de enfermería, junto con el personal de enfermería y los intensivistas, tratan con las personas, que necesitan atención y apoyo en este momento, por lo tanto, debe estar capacitado para ello.

CONCLUSIÓN: El equipo de enfermería juega un papel importante en el mantenimiento de las funciones vitales del donante potencial. Debe ser capacitado para el proceso de adquisición de órganos en su aspecto técnico, pero también ser capaz de actuar en relación con los factores sociales - éticos y psicológicos - relacionados con el donante y el apoyo a la familia.

PALABRAS CLAVE: MUERTE ENCEFALICA, UCI, TRASPLANTE, CUIDADOS DE ENFERMERIA.

PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

CONCEPCIÓN FERNANDEZ RODRIGUEZ, ANDREA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, CARMEN GONZALEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: En la etiología del cáncer están involucrados tanto factores genéticos como ambientales. Se puede distinguir: CCR esporádicos, que supone el 70%. CCR hereditarios (5-10%) y CCR familiares (20%). La mayoría se forma a partir de pólipos adenomatosos, suelen aparecer en el colón cuando los mecanismos que regulan la renovación de las células epiteliales están alterados. Factores de riesgo: edad, enfermedades (colitis), dieta, alcohol y tabaco.

OBJETIVOS: Analizar su epidemiología, etiología y sospecha clínica, así como los síntomas de alarma que se han de tener en cuenta en nuestras consultas de Atención Primaria.

METODOLOGÍA: Población diana: Mujeres y hombres (50-69). Detección bienal sangre oculta en heces: Método cuantitativo inmunoquímico. Una muestra. Se expresa con dos valores "negativo" "positivo". Colonoscopia con sedación en los positivos. Seguimiento de casos positivos.

RESULTADOS: Negativo: Repetir a los dos años. Positivo: Normal(. Colonoscopia en 10 años). Hallazgos clínicos, se biopsia (anatomo-patológico), Seguimiento MF (guías ASIII).

CONCLUSIÓN: En España se diagnostican al año unos 31.000 Nuevos enfermos, periodo durante el que mueren 14.000 Pacientes. Es la neoplasia más común en la suma de ambos sexos (la tercera en hombres y la segunda en mujeres). La diferencia entre una detección precoz generalizada y seguir como hasta ahora sería de unas 4.000 Vidas al año, indica la asociación contra el cáncer. La implicación de los profesionales de Atención Primaria es fundamental para lograr una colonoscopia de calidad, informando convenientemente al paciente y dando las recomendaciones oportunas para que pueda realizar una buena limpieza colónica.

PALABRAS CLAVE: INVESTIGACION, CRIBADO, CALIDAD, PREVENCIÓN.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA Y FACTORES DE RIESGO

FRANCISCO MIGUEL CRUZADO MARTÍN, MARÍA ISABEL MAQUEDA ALBARRÁN, MARÍA SOLEDAD DOMÍNGUEZ DEL VALLE

INTRODUCCIÓN: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa con una incidencia de 1-2 casos por 100.000 Habitantes/año y una prevalencia de 4-6 casos por 100.000 Habitantes.

OBJETIVOS: Analizar sobre los aspectos generales de la enfermedad a la población.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de publicaciones científicas sobre el tema de estudio. Se consultaron diferentes bases de datos Cinahl, Scielo, PubMed y Google Académico. Se limitó la búsqueda al intervalo 2014-2018. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos, se utilizaron descriptores en español (“esclerosis lateral amioatrófica”, “factores de riesgo”, “cuidados enfermeros”, “E. L. A. ”), En inglés (“amioatrophic lateral sclerosis”, “risk factors”, “nursing care”, “A. L. S. ”), O ambos. Los criterios establecidos fueron: 1) Estudios que engloben factores de riesgo de la E. L. A; 2) que aporten datos empíricos sobre la cuestión; 3) texto completo; 4) escritos en inglés, español o portugués. De un total de 17 publicaciones, seleccionamos 8.

RESULTADOS: La esclerosis lateral amiotrófica se define como una enfermedad neuronal fatal del sistema nervioso central. Sus síntomas y signos están en relación con la afectación de la motoneurona superior (corteza cerebral) e inferior (tronco del encéfalo y médula espinal), provocando una degeneración progresiva de ambas neuronas motoras, teniendo como consecuencia una debilidad muscular que avanza hasta la hipotrofia, la parálisis en 2 a 5 años y la aparición de otros efectos piramidales.^{1,2} Los problemas respiratorios serán la principal causa de ingreso hospitalario y de mortalidad.¹ Además, existe un factor muy prevalente en los últimos años que influye en el desarrollo y pronóstico de la ELA, siendo éste el trabajo físico.³

CONCLUSIÓN: Actualmente, la E. L. A no presenta cura pudiendo llegar a ser mortal. Los tratamientos paliativos consiguen enlentecer la progresión y prevenir futuras complicaciones. Contribuir a una difusión de los síntomas y signos podría conseguir un diagnóstico más precoz y con mayor grado de certeza.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, FACTORES DE RIESGO, CUIDADOS ENFERMEROS, ELA.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN BULIMIA

ESTHER MARIA GARRIDO AVILA, SONIA MORENO RODRIGUEZ, CARMEN LETICIA MESA ARIZA

INTRODUCCIÓN: La anorexia y la bulimia son trastornos de la conducta alimentaria, asociados a la pérdida de peso, por lo tanto alteran la conducta de alimentación, negándose a ingerir alimentos con la finalidad de no engordar, o realizando conductas inapropiadas como la inducción del vómito.

OBJETIVOS: El objetivo es identificar la etiología, complicaciones y factores de riesgo de la bulimia.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática acerca de la bibliográfica de este tema en las bases de datos más importantes globalmente; Medline Plus, Scielo, página oficial de la OMS y revistas científicas. La búsqueda de artículos se realizó por medio de los siguientes descriptores; bulimia, factores de riesgo, complicaciones, trastorno de la alimentación. De los 51.200.000 Resultados obtenidos, 3 fueron escogidos para ser analizados en profundidad.

RESULTADOS: Los pacientes que padecen bulimia tienen una preocupación constante por la comida, realiza regímenes rigurosos y rígidos, porque tienen miedo a engordar. Pero esta enfermedad se caracteriza por episodios en los que la persona ingiere grandes cantidades de alimentos en un periodo de tiempo corto, (Atracones) y a continuación tienen sentimientos de culpa y se inducen el vómito, utilizan laxantes, y hacen restricciones en las comidas para compensar el atracón. Las complicaciones, dolores abdominales, anemia, estreñimiento, amenorrea, complicaciones metabólicas. Los factores de riesgo son: la adolescencia es una etapa en la que se producen múltiples cambios y es frecuente que se desarrolle esta enfermedad. Tener baja autoestima, y sentirse insatisfecho con su físico. Y la presión social sobre la imagen y belleza.

CONCLUSIÓN: Las intervenciones de enfermería son fundamentales en esta enfermedad, realizar talleres en el colegio sobre este tema, concienciar a los niños y padres de las consecuencias de esta enfermedad. Y realizar un diagnóstico precoz y proporcionar apoyo a los familiares tiene resultados favorables en esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: BULIMIA, FACTORES DE RIESGO, COMPLICACIONES, TRASTORNO, ALIMENTACION.

ARTETERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

MARÍA ISABEL MAQUEDA ALBARRÁN, FRANCISCO MIGUEL CRUZADO MARTÍN, SARA MARGARITA ROMERO LUQUE

INTRODUCCIÓN: La arteterapia como tratamiento no farmacológico está ofreciendo resultados beneficiosos para pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

OBJETIVOS: Conocer la Arteterapia como técnica complementaria al tratamiento de los pacientes diagnosticados de TDAH.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de publicaciones científicas sobre el objetivo del estudio. Se consultaron diferentes bases de datos TRYP, Medline y el buscador Google Académico. En todos los casos, se limitó la búsqueda al intervalo 2010-2018. Se utilizaron descriptores en español “arteterapia”, “TDAH”, “conducta”, “escolares”, en inglés “art therapy”, “ADHD”, “behavioral”, “scholar”. Los criterios establecidos fueron: 1) Estudios que analicen el impacto de arteterapia en pacientes que sufren TDAH; 2) que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; 3) con acceso al texto completo; y 4) escritos en inglés y español. De un total de 76 publicaciones, fueron seleccionadas 14.

RESULTADOS: En el campo de la psicoterapia surge la Arteterapia, como disciplina que emplea recursos de las artes con objetivos terapéuticos. Usa el proceso creativo para mejorar y realzar el bienestar físico mental y emocional de todos los individuos. La arteterapia puede ser utilizada para medir, identificar y potenciar habilidades cognitivas de los individuos, existiendo evidencia de que los sujetos con trastorno de TDAH específicamente han sido tratados con arteterapia complementando el diagnóstico, y mejorando las habilidades de concentración, aumento de la autoestima y confrontando la impulsividad.¹ Además, pueden al compartir sus experiencias a través del arte, exteriorizan sus sentimientos íntimos, demostrando mejor su manera de pensar, de actuar y sentir.²

CONCLUSIÓN: Apoyándonos en un tratamiento multidisciplinar se ha evidenciado una mejoría en los síntomas al aplicar arteterapia en dichos pacientes. No obstante, debemos tener en cuenta otros factores externos.

PALABRAS CLAVE: ARTETERAPIA, CONDUCTA, TDAH, ESCOLARES.

ÚLCERAS VARICOSAS: SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

MARIA DEL PILAR GUTIERREZ JURADO, ALICIA VILLAR ARIZA, ANA MARIA PEREZ MALAGON

INTRODUCCIÓN: No se trata de una enfermedad grave, las úlceras varicosas tienen solución en la mayoría de los casos. Las úlceras crónicas en las extremidades inferiores en más del 80 por ciento de los casos se asocian a varices e insuficiencia venosa, por eso se llaman también úlceras varicosas. La hipertensión venosa es debida a un mal reflujo de la sangre por la presencia de venas perforantes avaluadas. El tratamiento de la úlcera vascular es con frecuencia prolongado. Las úlceras venosas son un tipo de herida que en ocasiones puede tardar mucho tiempo en sanar debido a que pueden llegar a infectarse precisando antibióticos sistémicos para su curación. El objetivo es intentar que la sangre en las extremidades inferiores tengan un correcto impulso de retorno hasta el corazón. Sin tratamiento el aumento de la presión y el exceso de líquidos en la zona hacen que las úlceras venosas sigan empeorando pudiendo ocasionar flebitis, trombosis y necrosis de la zona.

OBJETIVOS: Analizar recomendaciones acerca del tratamiento y prevención de las úlceras varicosas.

METODOLOGÍA: Para recomendaciones sobre el correcto tratamiento de las úlceras varicosas se han revisado varios artículos buscados on line a través de distintas bases de datos y varias revistas científicas sobre el tema tratado según la OMS.

RESULTADOS: Las varices tienen un tratamiento quirúrgico para conseguir que la sangre circule con normalidad, de esta forma se evita llegar a que se formen úlceras, que son la consecuencia de una insuficiencia venosa crónica.

CONCLUSIÓN: La fleboesclerosis con micro espuma es el tratamiento más eficaz e innovador para las varices, apenas producen molestias y no requieren hospitalización. Beber líquidos, caminar al menos dos horas diarias, deporte y descansar con las piernas elevadas son medidas para evitar el empeoramiento de la circulación y existen remedios como aplicar gel de aloe vera y alternar baños de agua fría y templada en las extremidades inferiores para mejorar la circulación sanguínea.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERAS VARICOSAS, CURA, INSUFICIENCIA VENOSA, REFLUJO DE LA SANGRE, VARICES, VÁLVULA.

PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO Y SUS CUIDADOS

MARIA NIEVES SALDAÑA RONDAN, CAROLINA SALDAÑA RONDAN, LUZ MARIA ROLDAN JAEN

INTRODUCCIÓN: Se denomina pie diabético a una alteración clínica de origen neuropático e inducida por la hiperglucemia, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie. Debe considerarse un pie de riesgo, y son un grave problema de salud que altera la calidad de vida del paciente y tiene repercusiones socioeconómicas y sanitarias.

OBJETIVOS: Analizar recomendaciones para el autocuidado, prevención y cuidados del pie ulcerado.

METODOLOGÍA: Se recopila multitud de artículos y publicaciones existentes en las distintas bases de datos: Pubmed, Dialnet, Cochrane y Scielo.

RESULTADOS: El correcto control de la diabetes es capaz por sí solo de prevenir, retrasar y disminuir la aparición de estas serias lesiones. Es recomendable: Controlar el nivel de azúcar en sangre. No fumar. Revisarse y cuidarse los pies todos los días. Lavar y secar bien los pies. Hidratar la piel tras el baño. Buen uso del calzado y calcetines. Acudir al podólogo. Ante cualquier herida o lesión consulte con su enfermera.

CONCLUSIÓN: La mejora en el conocimiento de los cuidados del pie diabético tanto de los pacientes como del profesional de enfermería, disminuye los trastornos tróficos de la piel, ya que se estima que la mitad de las amputaciones de miembros inferiores en el mundo se produce en diabéticos. En torno al 15% desarrollará una úlcera a lo largo de su vida, y un 70% de las úlceras curadas reaparecen en el trascurso de 5 años.

PALABRAS CLAVE: DIABETES, CUIDADOS, MAL CONTROL DIABETES, PIE DIABÉTICO.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

ISABEL MARÍA CARA DÍAZ, CRISTINA IBAÑEZ MUÑOZ, NURIA GARCÍA ENRÍQUEZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad pulmonar común que causa con dificultad para respirar. Nos podemos encontrar dos formas de EPOC: enfisema pulmonar o bronquitis crónica.

OBJETIVOS: Conocer la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, su prevención y el tratamiento.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en bases de datos nacionales y en libros relacionados con las enfermedades pulmonares para recoger información necesaria en nuestra investigación.

RESULTADOS: Se ha demostrado que el hábito tabáquico es la causa principal del EPOC. Por lo tanto la medida principal para la prevención será abandonar el hábito tabáquico. Por otro lado tenemos más medidas preventivas como son: luchar contra la polución atmosférica, tratar las bronquitis agudas y corregir los defectos de las vías respiratorias altas, vivir en un ambiente con un suficiente grado de humedad en el aire, administración de vacuna antigripal y por último evitar la obesidad practicando ejercicio físico. En cuanto al tratamiento del EPOC hemos de decir que no existe una terapia curativa. El tratamiento, está encaminado a controlar los síntomas y a evitar los ambientes perjudiciales. En la actualidad las medidas terapéuticas irán encaminadas a disminuir la sintomatología, y aumentar la tolerancia del esfuerzo. Los fármacos utilizados en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se centran en: broncodilatadores, agentes antiinflamatorios, antibióticos y mucolíticos. Por último en cuanto a los cuidados de enfermería encontramos los siguientes: Administración de oxigenoterapia. Proporcionar apoyo psicológico. Educación sanitaria al paciente y a la familia proporcionando recomendaciones para mejorar la calidad de vida del paciente. Evitar irritantes respiratorios. Enseñar al paciente a toser de forma eficaz. Mejorar la tolerancia al esfuerzo, practicando ejercicio físico moderado.

CONCLUSIÓN: Una buena adaptación y conocimiento de la enfermedad puede ayudarnos llevar mejor la patología, es muy importante la educación sanitaria a nivel hospitalario y domiciliario.

PALABRAS CLAVE: EPOC, ENFISEMA, BRONQUITIS, TABACO, OBESIDAD.

TROMBOSIS MESENTÉRICA DURANTE VIAJE PROLONGADO EN AVIÓN

JOAQUÍN POUSIBET PUERTO, ANTONIO JAVIER MARTÍNEZ MOLEÓN, LAURA LÓPEZ PUERTA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 35 años. Exfumador. Único AP: Colectectomizado hace un año y medio. No tratamiento de forma habitual. Refería dolor abdominal que comenzó a las 48 horas de llegar a Santo Tomé tras un viaje en avión de aproximadamente 6 horas y 30 minutos de duración procedente de Lisboa. En dicho vuelo permaneció todo el tiempo en su asiento. Además refería diarrea leve sin productos patológicos y náuseas con algún vómito aislado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma leucocitos 9.500/Mm³ (64% neutrófilos, 25% linfocitos, 2% eosinófilos), Hb 16,2 g/dL, plaquetas 218.000/Mm³. Bioquímica: destacaba una ligera elevación de transaminasas (ALT 72 UI/L; AST 43 UI/L), LDH 324 UI/L (0-247), y Proteína C Reactiva 1,72 mg/dL (< 0.5). Coagulación: normal. Sistemático de orina: normal. ECG y Rx torax y abdomen: sin alteraciones significativas. Coprocultivo: no se aíslan Salmonella, Shigella, Campylobacter ni Y. Enterocolítica. Serología VHB y VHC: negativos. Parásitos (M. Ritchie) x3 : negativo. Ag. Panmalárico y P. Falciparum: negativo. Frotis sanguíneo: no hemoparásitos. Ag y Ac Dengue (Ig M y Ig G): negativos. Estudio de hipertransaminasemia (Ig, proteinograma, AC, alfa-1-antitripsina, ceruloplasmina y Ac Iga antitransglutaminasa): negativos. Ecografía abdominal: leve esteatosis hepática. Endoscopia digestiva alta: normal. Tc abdominopélvico con contraste: Trombosis de vena mesentérica. Estudio de trombofilia negativo.

JUICIO CLÍNICO: Trombosis de vena mesentérica tras un viaje prolongado en avión. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ante un paciente con clínica de dolor abdominal, diarrea y vómitos tras un viaje al trópico, en primer lugar descartaríamos que se tratase de la diarrea del viajero, así como de ciertos parásitos con repercusión gastrointestinal dependiendo de la zona de donde proceda.

PLAN DE CUIDADOS: Anticoagulación (HPBM/12h), con resolución completa de la trombosis de vena mesentérica.

CONCLUSIONES: Aunque la trombosis de vena mesentérica se trate de una entidad infrecuente, debe tenerse en cuenta ante un paciente con clínica gastrointestinal tras un viaje prolongado en avión en el que no encontremos otra causa alternativa.

PALABRAS CLAVE: TROMBOSIS, DOLOR ABDOMINAL, VUELO, TROPICAL, HEPARINA.

PERFIL DE SENSIBILIZACIÓN DE PACIENTES ASMÁTICOS DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA DEL NORTE DE CÁDIZ

JOSE MANUEL GÁLVEZ LOZANO, GEMA MARTINEZ ESPINOSA, NOEMÍ MARTÍNEZ ESPINOSA

INTRODUCCIÓN: El asma se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias. Los alérgenos son uno de los factores desencadenantes de exacerbación asmática más importantes. El conocimiento de las sensibilizaciones más prevalentes en un área de salud puede contribuir a la mejora de la atención de los pacientes.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es conocer el patrón de sensibilización de los pacientes de nuestra área sanitaria.

METODOLOGÍA: Se incluyeron durante 2 años pacientes del Área de Gestión Sanitaria del Norte de Cádiz con diagnóstico de asma bronquial atópico mediante historia clínica, exploración física y pruebas funcionales respiratorias, y se recogieron datos clínicos y demográficos. A todos los pacientes se les realizó una batería de test cutáneos (Prick-test ALK-Abelló S. A.) Con 16 aeroalérgenos, incluyendo Dermatophagoides pteronyssinus y farinae, Alternaria alternata, Aspergillus fumigatus, epitelios de perro y gato, polen de olivo, gramíneas, ciprés, plátano de sombra, Artemisa, chenopodiáceas, parietaria, plantago, profilina y melocotón.

RESULTADOS: 407 Pacientes incluidos: 261 hombres y 146 mujeres. Media de edad: 28'3 años. El 75'4% (307 pacientes) referían clínica asociada de rinitis o rinoconjuntivitis. Por prick los alérgenos más frecuentes fueron gramíneas (326 pacientes: 80,1%), Olea (274 pacientes: 67,3%), Dermatophagoides pteronyssinus (225 pacientes: 55,2%), Artemisia (216 pacientes: 53,1%), Chenopodium (214 pacientes: 52,5%) y Salsola (185 pacientes: 45,4%). Se observó mayor sensibilización a pólenes en poblaciones de carácter rural (El Bosque, Prado del Rey...) y a ácaros en zonas más cercanas a la costa (Chipiona, Sanlúcar de Barrameda).

CONCLUSIÓN: Los aeroalérgenos que más frecuentemente causan asma bronquial en nuestra área son pólenes (gramíneas y olivo) y ácaros. La sensibilización a aeroalérgenos varía según la zona demográfica del paciente.

PALABRAS CLAVE: ASMA, PRICK-TEST, EXACERBACIONES, ALÉRGENOS, SENSIBILIZACIÓN.

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA LUISA GAGO LEON, ROCÍO LOBATO MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: El ictus es un proceso caracterizado por un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo. En Andalucía suele haber 13.000 Casos/año. Es 2ª causa de muerte en España, 2ª de demencia y 1ª causa de invalidez en edad adulta. Los recursos sanitarios están escasamente orientados hacia la rehabilitación y reinserción social de estos pacientes.

OBJETIVOS: Pacientes que han sufrido Ictus en los últimos 10 años y valoramos cómo se lleva a cabo la prevención secundaria.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo de corte transversal. Se seleccionó 65 pacientes que han sufrido un Ictus en los últimos 10 años de forma aleatoria en el CS. Criterios de inclusión: Haber padecido un Ictus. Variables usadas: - Sociodemográficas: edad, sexo. - Hábitos tóxicos: tabaco - FRCV: TA, Dislipemia, DM (control de glucemia).

RESULTADOS: Los resultados ofrecieron el perfil de un varón en el 55,38% de los casos con una edad media de $71,6 \pm 9,5$ años. La tensión arterial sistólica tenía una media de $136,9 \pm 17,0$ y la diastólica de $107,9 \pm 8,3$. El colesterol tuvo una media de $187,4 \pm 40,3$ y la glucemia fue de $109,9 \pm 29,2$. Las patologías más frecuentes que tenían era hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad y tabaquismo. Respecto al tratamiento hipolipemiante un 94 % de los pacientes estaban tomándolo. La adherencia al tratamiento antihipertensivo el del 100% de los pacientes. La Hb glicosilada entre los pacientes diabéticos se encuentra en una media de $7,9 \pm 1,5$. Tabaco: continúan siendo fumadores activos más de la mitad de los pacientes sometidos a estudio.

CONCLUSIÓN: El seguimiento de los pacientes que han sufrido un Ictus es bastante adecuado en un porcentaje muy elevado de ellos. En cuanto al manejo de FRCV el control es aceptable para TAS, Colesterol total y Glucemia siendo muy mejorable las cifras de TAD.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, FACTORES RIESGO CARDIOVASCULAS, ATENCIÓN PRIMARIA, CONTROL.

¿ES EL DOLOR CRÓNICO UN FACTOR DE RIESGO PARA EL SUICIDIO?

FILOMENA VALDERAS RODRÍGUEZ, ANA MARIA MARTOS SANCHEZ, SARA LÓPEZ SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: El suicidio siempre ha sido un tema tabú en la sociedad, pero hoy en día es una realidad con una incidencia cada vez mayor. Tiene una etiopatogenia multifactorial, por lo que debemos considerar factores biológicos, genéticos, psicológicos, personales, sociales y familiares; así como estresantes puntuales. El dolor crónico presente en algunas enfermedades, pueden provocar una incapacidad importante, y a la larga síntomas depresivos, debido a la desesperanza ante los tratamientos recibidos y la falta de respuesta de estos. Estos sentimientos pueden llevar asociados ideas de muerte y ante la no mejoría, finalmente, el suicidio consumado.

OBJETIVOS: Valorar si el dolor crónico es un factor de riesgo para el suicidio, con la intención de realizar una correcta intervención para prevenirla.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed y Cochrane y el buscador Google Académico.

RESULTADOS: En la bibliografía se describe que la limitación de las actividades diarias, así como el dolor resistente al tratamiento, aumenta el riesgo de suicidio, sobre todo si esta situación provoca sintomatología depresiva en pacientes. (Kim, 2016). El riesgo aumenta más, si los pacientes son hombres y han realizado intentos previos. (Wilson, 2016). La escala SCS puede utilizarse para valorar los pensamientos suicidas y el riesgo actual. El equipo de Brian et al, realizaron una versión abreviada específica para los pacientes con dolor crónico, debido a la alta incidencia de suicidios en esta población.

CONCLUSIÓN: La desesperanza que sienten los pacientes y el dolor mantenido son los factores que más se relacionan con el empeoramiento de la clínica depresiva. Es importante realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes, así como un acompañamiento para intentar que mejore su calidad de vida. Realizar un programa de prevención de suicidio en estos pacientes podría ser muy beneficioso, así como terapias de grupo.

PALABRAS CLAVE: SUICIDIO, DOLOR CRÓNICO, AUTOLISIS, FACTOR DE RIESGO.

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN DE LAS SEÑALES TEMPRANAS DEL ACV POR PARTE DE ENFERMERÍA

MARÍA GUADALUPE RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, JESSICA NAVARRO RODRIGUEZ, ANA FERNÁNDEZ RAMÍREZ

INTRODUCCIÓN: El ACV es la primera causa de mortalidad en la mujer y la segunda global, además de la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia. Este problema claramente se verá agravado dentro de unos años en relación con el progresivo envejecimiento de la población española. Aproximadamente el 75% de los ictus afectan a pacientes mayores de 65 años y se ha calculado que para el año 2025, 1.200.000 Españoles habrán sobrevivido a un ictus, de los cuales más de 500.000 Tendrán alguna discapacidad.

OBJETIVOS: Dar a conocer al paciente, familia y/o comunidad los síntomas más frecuentes del ACV. - Minimizar secuelas producidas por el ACV en el paciente de riesgo.

METODOLOGÍA: Análisis de la bibliografía existente en fuentes de información primarias como bases de datos (Pubmed, MEDline Plus, Cochrane y Google Académico) con descriptores "ictus", "prevención", "intervención", "enfermería", "educación sanitaria".

RESULTADOS: Se ha realizado una revisión bibliográfica para conocer y difundir las intervenciones de enfermería que son necesarias para evaluar la eficacia de los protocolos asistenciales para el manejo del paciente con ictus observándose desde distintas esferas de atención sanitaria y además valorar la asimilación real que tiene el individuo acerca de cómo reconocer los síntomas o signos precoces.

CONCLUSIÓN: A pesar del elevado desarrollo científico del tratamiento médico sobre el ACV, en la actualidad y con la información que tenemos, pero aún más del 40% de la población sigue sin reconocer los síntomas de alarma, para acudir cuanto antes al servicio de urgencias y tratarlo de manera precoz, por lo que deberíamos intentar que la información sea más adecuada y que se hagan grupos homogéneos de usuarios, para que la ésta sea entendida por todos ellos, y así garantizar que la difusión de la educación sanitaria sea entendida por y para todos de una forma eficaz.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN, ENFERMERIA, EDUCACIÓN, ACV.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTE DE AVANZADA EDAD

ELENA FRANCO DAZA, MIGUEL ÁNGEL GOMARIZ MARTÍNEZ, MIRYAM MARTÍNEZ PASCUAL DEL RIQUELME, LETICIA ALONSO CASADO, DAVINIA CANO ALBURQUERQUE, MARIA DE LOS ANGELES FERNANDEZ GUTIERREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 62 años, con antecedentes de trabajo con exposición al amianto sin protección, exfumador desde hace 2 años, hipertenso, epigastralgia crónica sin clínica de ERGE, bronquitis crónica, síndrome de Ménière, hipoacusia bilateral y EPOC. Tratamiento crónico: antihipertensivo y broncodilatador. Acude a consulta de Atención Primaria por mareo rotatorio que relaciona con un nuevo episodio de Ménière, pero se acompaña a su vez de cuadro de astenia, cansancio y cefalea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, facies rubicunda, eupneico, afebril. Auscultación rítmica y sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, no doloroso, peristaltismo presente. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP. Se inicia tratamiento sintomático y se solicita analítica completa. En hemograma destaca Hb 18,4. Hematocrito 57, VCM 89, sin leucocitosis, VSG 5, plaquetas 261.000, Coagulación normal. Bioquímica: Glucosa 172, urea, creatinina, ácido úrico, vitamina B12, perfil hepático y ferrocínético sin alteraciones, colesterol total 227, TG 129. ECG y espirometría similar a previos. Rx tórax índice cardio-torácico normal, sin condensaciones ni infiltrados. Ante la sospecha de policitemia, se remite a Hematología, que confirma el diagnóstico y realiza estudio molecular con BCR/ABL y JAK2 negativos, descartando policitemia vera.

JUICIO CLÍNICO: Policitemia secundaria a EPOC en paciente exfumador **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Poliglobulia, policitemia vera, síndromes mieloproliferativos.

PLAN DE CUIDADOS: En nuestro paciente, siendo exfumador, hipertenso y broncópata, resulta esencial el tratamiento de su enfermedad subyacente (EPOC) y el control de los factores de riesgo cardiovasculares.

CONCLUSIONES: La policitemia suele ser asintomática o cursar con clínica inespecífica, por ese motivo frecuentemente es un hallazgo casual en una analítica rutinaria. Su tratamiento depende de la etiología, por lo que resulta indispensable realizar exploración física y anamnesis exhaustivas, preguntar por consumo de tabaco y fármacos (diuréticos o laxantes que provoquen deshidratación), estudiar la existencia de enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o hepáticas, e indagar en posibles antecedentes familiares de policitemia.

PALABRAS CLAVE: POLIGLOBULIA, POLICITEMIA VERA, SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS, TABAQUISMO.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE SANGRE EN RESERVORIO TOTALMENTE IMPLANTADO

MARIA DEL PILAR JIMENEZ CARBALLO

INTRODUCCIÓN: Los sistemas totalmente implantados consisten en catéteres de silicona o poliuretano cuyo extremo distal se posiciona en el punto de unión de la vena cava superior con aurícula derecha y cuyo extremo proximal se conecta a un dispositivo insertado en un bolsillo subcutáneo confeccionado con material de titanio y posicionado generalmente en la pared anterior del tórax. Esto proporciona un acceso sencillo, seguro y permanente al sistema vascular para la realización de tratamientos endovenosos prolongados y para obtención de sangre de dicho dispositivo. Hoy en día en muchos servicios de hospitales o en centros de atención primaria, hay un gran desconocimiento por parte del personal de enfermería en el manejo del mismo, lo cual crea una gran angustia a los pacientes que lo portan y acaban optando por acudir a servicios específicos donde le realicen la técnica de manera adecuada.

OBJETIVOS: Aumentar el grado de conocimiento de manejo de reservorio por parte del equipo de enfermería para la obtención de sangre de manera aséptica.

METODOLOGÍA: Para la elaboración de esta comunicación se ha realizado búsqueda bibliográfica de diferentes protocolos como: Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada 'Protocolo de Cuidados de Enfermería del Reservorio Venoso', 2014. Utilización de bases de datos como Pubmed, PiCuida y Medline.

RESULTADOS: El personal de enfermería realizará la técnica de obtención de sangre de reservorio correctamente aumentando el grado de satisfacción y de confianza del paciente de la manera más aséptica evitando posibles infecciones y/o obstrucciones del mismo.

CONCLUSIÓN: Se pretende una mejor formación sobre el manejo de este dispositivo, pues aún es un gran desconocido para muchos profesionales. Así evitaremos malestar del paciente y que éste se tenga que desplazar (a veces grandes distancias) hasta una Unidad específica para dicha técnica, con el consiguiente colapso de dicha Unidad.

PALABRAS CLAVE: RESERVORIO SUBCUTÁNEO, TÉCNICAS, EXTRACCIÓN, ENFERMERÍA, ASÉPSIA.

EL PARKINSON: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

ROCIO SALMERON GARCIA, PAULA GIL PLAZA, MARIA ORTIZ RAMIREZ

INTRODUCCIÓN: El parkinson es un trastorno del movimiento que ocurre cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de una sustancia química conocida como dopamina. El diagnóstico temprano de la enfermedad puede ayudar a tener una vida más larga y saludable.

OBJETIVOS: Identificar la enfermedad para poder pedir ayuda profesional lo antes posible que establezca un diagnóstico precoz que ayude a combatir la enfermedad.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica a partir de 3 resultados seleccionados tras la búsqueda realizada en las siguientes bases de datos: Biblioteca Cochrane Plus, Elsevier Science Direct, IME, CiberIndex y Dialnet. Sólo se incluyeron artículos científicos en español que contemplaban referencias bibliográficas y publicados en revistas científicas entre los años 2010 y 2018. A continuación, se realizó una lectura general previa y evaluación crítica de los artículos seleccionados para determinar su grado de validez para el trabajo.

RESULTADOS: En ocasiones es complicado reconocer si se padece la enfermedad del parkinson, para esto cabe mencionar algunos de los síntomas más importantes que puede ayudar a conocerla: temblor de dedos, manos, mentón o labios; letra pequeña (nota que su letra es más pequeña de lo habitual); pérdida de olfato (tiene problema para reconocer el olor de ciertos alimentos); problemas con el sueño; dificultad al caminar o moverse; estreñimiento; voz baja; falta de expresión facial (cara de máscara); mareos o desmayos; encorvamiento de la espalda.

CONCLUSIÓN: El parkinson no es una enfermedad fatal, que quiere decir que el afectado no va a fallecer a causa de la enfermedad. Por este motivo conocer la enfermedad puede ayudar a los afectados y sus familiares, acercarlos a los términos e intentar llevar una vida mejor. A pesar de todos los avances de la neurología, hoy en día se desconoce la etiología o causa de la enfermedad de Parkinson, por lo que también se desconoce cómo prevenirla.

PALABRAS CLAVE: ESPERANZA DE VIDA, PARKINSONISMO, TRASTORNO NEUROLÓGICO, DEGENERACIÓN.

ALZHEIMER: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

ROCIO SALMERON GARCIA, PAULA GIL PLAZA, MARIA ORTIZ RAMIREZ

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que manifiesta deterioro cognitivo y problemas conductuales. Esta enfermedad suele aparecer en personas a partir de 60 años, aunque existen casos y cada vez con más relevancia de una aparición precoz de este tipo de demencia. A partir de dicha edad el riesgo de padecerlo se hace cada vez mayor, sobre todo si tienen antecedentes familiares de la enfermedad.

OBJETIVOS: Conocer las causas y los principales síntomas de la enfermedad, para poder diferenciarlo bien de otras demencias, así como abarcar e informar sobre sus pautas de tratamiento multidisciplinar.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica a partir de 3 resultados seleccionados tras la búsqueda realizada en las siguientes bases de datos: Biblioteca Cochrane Plus, Elsevier Science Direct, IME, CiberIndex y Dialnet. Sólo se incluyeron artículos científicos en español que contemplaban referencias bibliográficas y publicados en revistas científicas entre los años 2010 y 2017.

RESULTADOS: Como las primeras señales de alarma de la enfermedad podemos destacar las siguientes: cambios de memoria que dificultan la vida cotidiana; dificultad para planificar o resolver problemas; dificultad para realizar tareas cotidianas en la casa, lugar de trabajo o en su tiempo libre; desorientación de tiempo o lugar; dificultad para comprender imágenes visuales y cómo objetos se relacionan uno al otro en el ambiente; problemas con el uso de palabras en el habla o de forma escrita; colocación de objetos fuera de lugar y falta de habilidad para retrasar sus pasos; disminución o falta del buen juicio; cambios en el humor o la personalidad.

CONCLUSIÓN: Esta enfermedad está tomando un papel muy importante en la actualidad y por ello es necesario dar a conocer a la gente todo sobre ella. Muchas son las familias afectadas y saber cómo actuar ante el desarrollo de la patología es imprescindible para saber afrontarla y llevarla de la mejor manera posible.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIAS, ALZHEIMER, DETERIORO COGNITIVO, TRASTORNOS NEUROLOGICOS.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV): TIPOS Y FACTORES DE RIESGO

ROCIO SALMERON GARCIA, PAULA GIL PLAZA, MARIA ORTIZ RAMIREZ

INTRODUCCIÓN: Las afecciones neurológicas son un campo muy extenso a tratar, por eso es necesario el desglose de los principales puntos a saber de las ocurridas con más incidencia. Una de las afectaciones que ocurren con más frecuencia es el accidente cerebrovascular (ACV). Es de suma importancia para el personal sanitario saber los principales síntomas de la enfermedad para poder reconocerlo de forma precoz para poder actuar lo antes posible en todo caso, ya que es este tipo de patología el tiempo apremia para poder salvar la vida o poder tener una recuperación completa.

OBJETIVOS: Conocer por parte del personal sanitario de la información necesaria para una detección precoz en caso de suceder el accidente así como las pautas de actuación para poder actuar ante el mismo independientemente del papel que el sanitario desempeñe dentro del hospital.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica a partir de 3 resultados seleccionados tras la búsqueda realizada en las siguientes bases de datos: Biblioteca Cochrane Plus, Science Direct, IME, CiberIndex y Dialnet. Sólo se incluyeron artículos científicos en español que contemplaban referencias bibliográficas y publicados en revistas científicas entre los años 2010 y 2018.

RESULTADOS: Existen dos tipos de accidente cerebrovascular: Isquémico que consiste en la interrupción del flujo sanguíneo de una parte del cerebro y Hemorrágico que consiste en una extravasación de parte del flujo sanguíneo debido a la debilitación o rotura del algún vaso sanguíneo.

CONCLUSIÓN: El ACV es una patología con un gran índice de aparición y que trae consigo la actuación de un equipo multidisciplinar para una correcta actuación y una correcta recuperación. Por esto es de vital importancia que queden claros algunos aspectos tales como los tipos, signos y síntomas y protocolos de actuación entre otros.

PALABRAS CLAVE: INFARTO CEREBRAL, ACV, ISQUEMIA, NEUROLOGÍA.

HEMATURIA EN EL VARÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

ESTHER VILCHEZ PIMENTEL, M ALMUDENA RUIZ MORALES, MARÍA DEL CARMEN LAGUNA SALGUERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 57 años fumador , en tratamiento con hipolipemiantes y antiinflamatorios por caída accidental en domicilio, que acude con cuadro de fiebre, escalofríos, síndrome miccional y hematuria de varias horas de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Fiebre de 38,7, con buena coloración cutáneo mucosa, sin equimosis ni petequias, no se aprecian adenopatías ni hepatoesplenomegalia. Aparece dolor a la presión suprapúbica con una puño percusión renal negativa bilateral. El tacto rectal no evidencia aumento de glándula prostática. El análisis de orina mediante tira reactiva demuestra leucocitos 3+/3+ y hematíes 3+/3+. El hemograma y la bioquímica sin hallazgos de interés así como la coagulación sanguínea. La radiografía simple de abdomen no mostro hallazgos significativos.

JUICIO CLÍNICO: Infección del tracto urinario. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnostico diferencial de la hematuria hay que hacerlo según si es micro o macroscópica, según el momento en que aparece (inicial, total o terminal) y según su origen (glomerular o no glomerular): nefropatías, hipertrofia de próstata, tumores prostáticos, tumores vesicales, litiasis renal, procesos infecciosos, hidronefrosis, riñón poliúístico, traumatismos, toma de fármacos (citostáticos, ibuprofeno, metildopa, anticoagulantes, laxantes,...) y alimentos que pueden producir hematuria (moras, remolacha, ruibarbo). Y con las pseudohematurias provocadas por síndromes febriles, ejercicio, golpe de calor, etc.

PLAN DE CUIDADOS: Tratamiento con Cefuroxima a dosis de 250mg cada 12 h durante 3 días. La alternativa era amoxicilina/clavulanico 875/125 cada 8 h 3 días, pero el paciente refirió no tolerar el clavulánico por cuadros diarreicos. Ingesta hídrica de 3 litros diarios y acudir a revisión de su cuadro pasado el tratamiento.

CONCLUSIONES: Ante una hematuria en un varón mayor de 40 años hay que descartar siempre la existencia de un tumor renal, vesical o prostático, incluso con un diagnostico claro de infección renal o litiasis, ya que la frecuencia de cáncer urológico se incrementa a partir de esa edad y además es frecuente que coincidan ambos procesos.

PALABRAS CLAVE: HEMATURIA, TUMOR VESICAL, INFECCION URINARIA, PIURIA.

INSUFICIENCIA CARDÍACA: SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

PAULA GIL PLAZA, MARIA ORTIZ RAMIREZ, ROCIO SALMERON GARCIA

INTRODUCCIÓN: La Insuficiencia Cardíaca se define como la situación en la que el corazón no expulsa la sangre suficiente para los requerimientos metabólicos de los tejidos. El corazón es incapaz de cubrir las necesidades circulatorias del organismo por un fallo de bombeo.

OBJETIVOS: Determinar medidas para facilitar información válida, útil y actualizada de los principales signos y síntomas de una enfermedad crónica con múltiples repercusiones, cada vez más extendida en la población mundial, destinada a los profesionales de la salud.

METODOLOGÍA: Se optó por la revisión bibliográfica como diseño de trabajo. Se llevó a cabo a través de la literatura publicada sobre Insuficiencia Cardíaca, signos, síntomas y tratamiento, encontrando mayoritariamente revisiones sistemáticas publicadas entre los años 2015 y 2017 y en español. Los estudios se identificaron a través de una búsqueda sistemática en bases de datos como: scopus y pubmed.

RESULTADOS: : La causa principal de la Insuficiencia Cardíaca es la cardiopatía isquémica. Además puede estar causada por anomalías de los componentes cardíacos (capas del corazón, válvulas...), o a otras enfermedades como alteraciones del ritmo, estenosis aórtica o hipertensión arterial. Además aparecen varios estadios de esta enfermedad con sus repercusiones en la actividad diaria del paciente, dependientes del grado de gravedad; y se diferencia la Insuficiencia Cardíaca en Derecha e Izquierda, con diferente afectación, signos y síntomas.

CONCLUSIÓN: La Insuficiencia Cardíaca es una enfermedad muy prevalente, con un complejo abordaje y manejo, debido a la cantidad de alteraciones que produce. Por ello, es necesario que los profesionales de la salud conozcan los conceptos básicos de esta enfermedad, y así instruir a los pacientes que la presentan y sus familiares, en un momento determinado, para evitar las peligrosas complicaciones y las consecuencias negativas del desconocimiento de las mismas.

PALABRAS CLAVE: SIGNOS, TRATAMIENTO, IC DERECHA, IC IQUIERDA, INSUFICIENCIA CARDÍACA.

LA ENFERMEDAD METABÓLICA DEL HUESO: OSTEOPOROSIS

PAULA GIL PLAZA, MARIA ORTIZ RAMIREZ, ROCIO SALMERON GARCIA

INTRODUCCIÓN: La Osteoporosis se define como la disminución de la masa ósea, con pérdida de minerales y de hueso cortical y trabecular. Generalmente se produce por un aumento de la reabsorción y disminución de la formación ósea.

OBJETIVOS: Determinar la información actualizada y válida sobre la Osteoporosis, ya que es una patología evitable y muy extendida en la actualidad, sobre todo en mujeres post-menopáusicas, con el objetivo primordial de asesorar y aconsejar a personas vulnerables, expuestas directa o indirectamente a los factores de riesgo, así como a los profesionales de salud.

METODOLOGÍA: Se optó por la revisión bibliográfica como diseño de trabajo. Se llevó a cabo a través de la literatura publicada sobre Osteoporosis, encontrando mayoritariamente revisiones sistemáticas. Los estudios se identificaron a través de una búsqueda sistemática en bases de datos como: scopus, pubmed y dialnet plus.

RESULTADOS: En los diversos artículos se encontraron cuatro tipos de Osteoporosis, desencadenadas por causas diferentes. Además, se encontraron como factores de riesgo la menopausia, la edad, la herencia genética, un índice de masa corporal bajo, el consumo de tabaco, alcohol y café, una vida sedentaria y un déficit de Vitamina D. Para las personas que lo padecen, se encontraron medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico para evitar fracturas.

CONCLUSIÓN: La Osteoporosis es una enfermedad evitable, por lo que es destacable la necesidad de conocerla e identificarla, sobre todo para las personas más vulnerables. Medidas sencillas como asegurar un aporte de calcio adecuado, dieta normoprotéica, una exposición diaria al sol, tomar suplementos de Vitamina D, evitar el consumo de tabaco y alcohol... entre otros, serían muy eficaces para evitar, combatir y/o reducir las complicaciones que tal enfermedad produce.

PALABRAS CLAVE: OSTEOPOROSIS, MENOPAISIA, FRACTURAS, METABOLISMO.

LA IMPORTANCIA DE LA POSICIÓN QUIRÚRGICA EN EL PACIENTE

ANTONIO PASCUAL RODRIGUEZ ALMORIN, LUZ MARINA CASTILLO BARBERO, MARIA LOURDES VIDAL DE TORRES LINARES

INTRODUCCIÓN: En una intervención quirúrgica, la posición del paciente es importante, ya que facilita el desarrollo de la operación, pero también es de suma importancia que debemos respetar las funciones vitales y la integridad corporal, es por ello que la posición en la mesa de operaciones se considera parte de la cirugía.

OBJETIVOS: Analizar brevemente y de forma didáctica las posiciones quirúrgicas más utilizadas. Determinar la importancia del papel de enfermería en la correcta posición de los pacientes en quirófano.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Desde la experiencia y la lectura bibliográfica, comprobamos que una correcta posición contribuye a un bienestar del paciente. Para ello destacamos las posiciones del paciente en una mesa quirúrgica adaptada a sus necesidades, con todos sus accesorios y componentes reduciendo así posibles lesiones desarrolladas en el trabajo completo, para ello involucramos a todo el personal sanitario y no sanitario. También empleamos el método científico para cumplir nuestros objetivos marcados. En el póster incluiremos fotos explicativas de las diferentes posiciones y su perfecta colocación, con los medios más sofisticados que el mercado nos proporciona. Obtenemos resultados favorables según nuestro seguimiento sobre una muestra representativa de 50 pacientes en sus diferentes posiciones quirúrgicas. Conseguimos los objetivos marcados, disminuyendo las lesiones propias de cirugías graves y de larga duración, sin causar "Dolor", esto se consigue al colocar diferentes accesorios, como almohadas, cojines y suplementos, evitamos lesiones en piel y mucosas y malas posturas anatómicas.

CONCLUSIÓN: Las complicaciones relacionadas con la posición, como las lesiones de los nervios periféricos, siguen siendo una fuente significativa de morbi-mortalidad para el paciente. Los anestesiólogos, cirujanos y profesionales de enfermería deben cooperar para asegurar su correcta posición y seguridad además de la exposición quirúrgica deseada.

PALABRAS CLAVE: POSICIÓN ANATÓMICA, CUIDADOS, INTERVENCIÓN, QUIRÓFANO.

TROMOCITEMIA ESENCIAL EN PACIENTE CON CEFALEA

BEATRIZ ELENA MONTENEGRO PUCHE, RAQUEL DE LA VARGA MARTÍNEZ, ANTONIO JESÚS MARTÍN JIMÉNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial y fibrilación auricular en tratamiento con atenolol, hidroclorotiazida y dabigatran. Acude por presentar cefalea brusca acompañada de malestar general y presíncope.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 170/90. FC 66. Tª 36°C. Auscultación cardiopulmonar arrítmica, resto normal. Abdomen normal. Sin focalidad neurológica. Analítica: Hb 12. G/dl, leucocitos 10600/mm³ (fórmula normal), plaquetas 1028000/mm³. LDH 1543 función hepática y renal normal PCR 0.5 Mg/L. AP 45%. Vitamina B12 >2000. Biopsia médula ósea: moderadamente hipercelular, hiperplasia megacariocítica muy llamativa, ausencia de fibrosis, compatible con trombocitemia esencial. Mutación JAK2 positivo. RM cráneo: cambios relacionados con leucoencefalopatía multiinfarto.

JUICIO CLÍNICO: Trombocitemia esencial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En el diagnóstico diferencial de la trombocitosis debemos investigar, inicialmente origen reactivo (infección, proceso inflamatorio agudo ya sea pancreatitis o neoplasias), por otra parte patología hematología de tipo mieloproliferativo (policitemia vera, trombocitemia esencial como es el caso actual) o bien en casos de anemia hemolítica, déficit hierro u otros estados carenciales.

CONCLUSIONES: La trombocitemia esencial es una entidad clínica con manifestaciones inespecíficas (cefalea, debilidad o mareos), en caso de trombocitosis y sospecha de esta entidad debemos plantear biopsia de médula ósea para confirmarla.

PALABRAS CLAVE: TROMBOCITOSIS, MUJER, PLAQUETAS, TROMBOCITEMIA ESENCIAL.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE LISTERIA EN UN GESTANTE

YUNAIDA AHMED MOHAMED, NORA MOHAMED MOHAMED, MARÍA DEL CARMEN GARCIA GOMEZ

INTRODUCCIÓN: La listeria es un tipo de bacteria que se encuentra en la tierra y en el agua. La transmisión por listeria monocytogenes ocurre debido al consumo de alimentos contaminados. Su incidencia ha aumentado en los últimos años y afecta a personas en edades extremas de la vida, gestantes e inmunodeprimidos.

OBJETIVOS: Conocer la importancia de su prevención y evaluar las consecuencias para el feto y su madre.

METODOLOGÍA: Se llevo a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Dialnet, Scielo y Pubmed con los descriptores: listeria, alimentos contaminados.

RESULTADOS: Este patógeno esta presente en los lugares donde se procesan los alimentos y su puerta de entrada es oral. Cuando alcanza el torrente sanguíneo produce bacteriemia e invasión de órganos traspasando la barrera intestinal.

CONCLUSIÓN: La listeriosis en el embarazo puede ser muy perjudicial para el bebe, las medidas preventivas para evitar la contaminación y el crecimiento de la bacteria en la cadena alimentaria empieza por una adecuada preparación y correcto almacenamiento de los alimentos así como medidas de higiene durante todo el proceso de cocción reduciendo el riesgo de transmisión.

PALABRAS CLAVE: LISTERIA, EMBARAZO, PREVENCIÓN, INFECCIÓN.

RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL AYUNO PROLOGANDO Y ADELGAZAMIENTO

CAROLINA MARTÍNEZ ESQUINAS, LOURDES ASCENSIÓN PEINADO ROSALES, CELIA MARTINEZ ALCARAZ

INTRODUCCIÓN: Partiendo de la base que lo que se recomienda es hacer 5 tomas al día, si nos saltamos el desayuno sería contradictorio a las recomendaciones que no dan los nutricionistas, sin embargo, hay artículos que desayunando solo agua se adelgaza.

OBJETIVOS: Conocer la evidencia que existe afirmando que ayunar adelgazar.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed, Scielo durante los últimos 5 años, revisamos 3 artículos.

RESULTADOS: Se ha encontrado mucha controversia, muchos artículos recomiendan llevar una dieta equilibrada, hacer ejercicio físico, realizar 5 comidas al día para perder peso, sin embargo, existen varios artículos donde afirman que el ayuno es parte fundamental para perder peso. La explicación que dan de que ingiriendo agua para desayunar ayuda a perder peso.

CONCLUSIÓN: Para poder confirmar que el ayuno ayuda a adelgazar y recomendárselo a las personas deberíamos de investigar más, aunque recomendamos mantener una dieta equilibrada con 5 comidas al día y desayunando.

PALABRAS CLAVE: DIETA, ADELGAZAMIENTO, AYUNO, NUTRICIÓN, RIESGO.

EXPERIENCIA CON EL USO DE NUEVOS ANTIDIABÉTICOS EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y OBESIDAD

MARIA MERCEDES PEREZ ACOSTA, MANUELA SANTA MARTINEZ, MARIA DE LOS ANGELES PEREZ FORNIELES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se presenta el caso de una mujer de 44 años con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, obesidad y síndrome metabólico en tratamiento con metformina e insulina. En su primera visita destaca: peso 108.5 Kg, IMC 39.09 Kg/m² y Hb1Ac del 10.8%. Se inicia tratamiento con lixisenatida.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Examen físico: TA 143/77 mmHg, FC 69 sm. Corazón rítmico a Buena frecuencia no soplos ni extratonos MMII con pulsos sensibilidad conservados. Pruebas complementarias: Glucosa basal 99 mg/d, Glucemia postprandial 225 mg/dl, HbA1c 10.8%, Centonemia 0.0 Mg/dl, Filtrado Glomerular estimado (MDRD-4) 86.98 ml/min, microalbuminuria 6.8 Mg/l, Colesterol total 166 mg/dl, Triglicéridos 197 mg/dl..

JUICIO CLÍNICO: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Obesidad Grado 2 y Síndrome Metabólico. **PLAN DE CUIDADOS:** Pérdida de peso: Dieta y ejercicio: normas básicas de estilo de vida en DM e inclusión en el programa de educación de obesidad. Control DM: Autocontroles: 3 perfiles completos 3 días antes de la próxima revisión. Adherencia al tratamiento médico: Medidas de refuerzo de adherencia al tratamiento. Revisión en 15 días para ver glucemias, peso y tolerancia a la medicación.

CONCLUSIONES: La paciente presenta buena tolerancia al tratamiento prescrito, buena evolución de parámetros antropométricos y analíticos (Hb1Ac 7,3%, peso 102 kg) así como mejoría del control de tensión arterial (132/66 mmHg). En los últimos años se ha producido un incremento de la prevalencia de DM tipo 2 en relación estrecha con el aumento de la obesidad. Por ello, los nuevos tratamientos de la DM tipo 2 no tienen como único objetivo el control glucémico sino que tratan de ser multifactoriales.

PALABRAS CLAVE: DIABETES, OBESIDAD, ANTIDIABETICOS, GLICADA, CONTROL, METABOLISMO.

FACTORES PREDISPONENTES DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCÍGEA: OBESIDAD E HIRSUTISMO

JOSÉ GONZÁLEZ MACÍAS, MIGUEL EMILIANO RODRÍGUEZ MUÑOZ, FRANCISCO MIGUEL DOMÍNGUEZ TRAVERSO

INTRODUCCIÓN: El exceso de vello en la región del sacro y coccis y este dato relacionado con la obesidad se asocia comúnmente con la Enfermedad Pilonidal-Sacrococcígea (EPSC). El fin de este estudio aclarar la veracidad de tal afirmación.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar la relevancia de estas dos características como factores de riesgo de una EPSC.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo que incluye los pacientes intervenidos por una EPSC. Para medir el grado de obesidad Se utilizó el índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC). De tal modo se comparó el IMC, la morbilidad y la recaída con un grupo control de pacientes intervenidos donde no existía la variable de obesidad.

RESULTADOS: VARONES: 55%. Edad media de 23.4 Años. IMC promedio fue 28.7 Kg/m². Los varones tenían un grado de hirsutismo significativamente mayor que las mujeres. HEMBRAS: 45%. Edad media 24,7 años. IMC promedio fue 22.9Kg/m². Un 56% de los individuos formaron parte del grupo hirsutismo, sin evidencias claras en la media de edad ni del Índice de Quetelet. Al compararlo con el grupo control, no hubo diferencias en cuanto a la media de obesidad ni el grado de hirsutismo de ambas muestras. La recaída de la enfermedad en pacientes con obesidad y/o hirsutismo tampoco fue significativa desde un punto de vista positivo.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir tras este estudio que tanto el exceso de vello (hirsutismo) como la obesidad, no se pueden tener en consideración y por tanto no son variables para elevar el riesgo y de ahí padecer EPSC, así como aumentar el riesgo de recaída tras la intervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: OBESIDAD, HIRSUTISMO, PILONIDAL, SACROCOCCÍGEA.

