

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.

GERIATRÍA

LA FIGURA DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE DESORIENTADO EN MEDICINA INTERNA	31
DIANA CAROLINA GALLEGO DONOSO, MARTA MUÑOZ ESPINOSA, VICTORIA TEJADA DEL PINO	
ENFERMERÍA Y LA PERCEPCIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES	32
VICTORIA TEJADA DEL PINO, MARTA MUÑOZ ESPINOSA, DIANA CAROLINA GALLEGO DONOSO	
EL MALTRATO FÍSICO AL ADULTO MAYOR	33
MIGUEL VILCHEZ ALONSO, MARÍA DOLORES CAZALLA CADENAS, MARÍA TERESA TORRES PRADOS	
INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA PARA TRATAR LA DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY	34
EMILIA GOMEZ RODRIGUEZ, MATILDE LOPEZ LEYVA, ANA BELEN DIEGUEZ JULIA	
INTOXICACIÓN POR DIGOXINA ASOCIADA A HIPONATREMIA	35
ANA MARÍA GONZÁLEZ PEREZ, CRISTINA SANABRIA LOZANO, ELENA PACHECO CABALLERO	
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD	36
ROCIO PAZ ORTIZ, MARÍA DE LA PAZ FERNÁNDEZ MOLINA, ANA SÁNCHEZ MAESTRE	
PRECAUCIONES ESTÁNDAR EN CENTROS RESIDENCIALES DE LA TERCERA EDAD	37
MARÍA DE LA PAZ FERNÁNDEZ MOLINA, ANA SÁNCHEZ MAESTRE, ROCIO PAZ ORTIZ	
URGENCIAS ANTE PACIENTES FRÁGILES CON RABDOMIOLISIS	38
SOLEDAD EUGENIA LÓPEZ ANTÚNEZ, NOEMÍ FERNÁNDEZ DÍAZ, RAQUEL LÓPEZ ALCOHOLADO	
ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LAS PERSONAS MAYORES.....	39
MARIA DEL CARMEN BELLIDO MORALES, MARIA DOLORES DIAZ BRAVO, JUAN DE LA CRUZ SANIGER VALDIVIA	
REVISIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA	40

YOLANDA CASTILLO PEREZ, ANGELA TORRES BERNAL, NURIA EGEA JAEN, JOSE ANTONIO MANSILLA JIMÉNEZ

INTEGRIDAD CUTÁNEA Y NUTRICIÓN: ÚLCERAS POR PRESIÓN41

ROSARIO MARTIN FERNANDEZ, IRENE FERNANDEZ MUÑOZ, VIRGINIA RIVAS ALCALA

FRACTURA DE CADERA EN LOS ANCIANOS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA42

LUCIA VELEZ GONZALEZ, MANUEL JESUS VELEZ GONZALEZ

ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS.....43

MARIA DOLORES ALCAZAR BELCHI, MARÍA SANCHEZ GARCÍA, JUANA ELVIRA FAURA COLLADOS, MARIA LUZ GARCÍA ROMERO, VIOLETA OLMOS GARRIDO, ILUMINADA RAMIREZ LORENZO, REMEDIOS LORCA MARCOS, MARÍA ASCENSIÓN ESPARZA HERNANDEZ, CARIDAD DIAZ MICOL, ESTRELLA CULEBRAS PÉREZ, VIRGINIA CASAS RODRÍGUEZ, MARIA DOLORES PEREZ GARCIA

ATENCIÓN ENFERMERA A PACIENTE CON HERNIA INGUINAL44

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SABIO, EVA GARCÍA JIMÉNEZ, LAURA GALVEZ HERNANDEZ

ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO45

MARTA OÑA ALARCÓN, ÁNGEL GARCÍA CANO, SONIA AMATE BERENGUEL

ENFERMERÍA ANTE LA SOLEDAD DEL ANCIANO.....46

RAQUEL CARRETERO BLANCO, ESTEFANÍA DURÁN FERNÁNDEZ, ESTHER REBOLLO BARRAGAN

PREVENCIÓN Y MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR.....47

LORENA CARMONA CARRASCO, ANA MARIA MORA VAZQUEZ, PALOMA LIBRERO MÁRQUEZ

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS CON ALZHEIMER48

JOSEFA ORTIN CORTÉS, YOLANDA JIMÉNEZ ALONSO, MARIA ANGELES SANCHEZ SANCHEZ, EVA MARIA SERRANO ARAGON, PASCUALA SÁNCHEZ GEA, MARÍA DE LAS MERCEDES GARCÍA SÁNCHEZ

PREVALENCIA DEL RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO49

LAURA PADIERNA RODRIGUEZ, BEATRIZ GOMEZ REY, CRISTINA RUBIO MARCOS, MARIA ELENA HAYA REVUELTA, PAULA GARCÍA TORRE, LORENA SAN JUAN BRAVO

ABORDAJE INTEGRAL DEL ENFERMO DE EDAD AVANZADA CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	50
TATIANA FONTALBA GARRIDO, ANGELA DE LA CRUZ FERNANDEZ DOMINGUEZ, VALME MARTINEZ AFONSO	
CAMBIOS DEL ENVEJECIMIENTO QUE INCIDEN EN LA NUTRICIÓN	51
TATIANA FONTALBA GARRIDO, ANGELA DE LA CRUZ FERNANDEZ DOMINGUEZ, VALME MARTINEZ AFONSO	
CAUSAS DEL ERITEMA DEL PAÑAL EN EL ANCIANO	52
REBECA TÉLLEZ VIDAL, LIDIA RODRÍGUEZ CADENAS, PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ	
LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CRÓNICO	53
ANA MARÍA CASTILLA VIÑOLO, MERCEDES MARTIN FUENTES, JESICA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	54
MARIA ISABEL SANCHEZ NAVARRO, SILVIA FERNANDEZ MARTÍNEZ, ANA MARIA PEREZ HEREDIA	
EL TCAE Y LA TÉCNICA DE LA ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA EN EL PACIENTE ANCIANO ENCAMADO	55
MIRIAM TALAVERA SANCHEZ, ALMUDENA PADILLA LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN GARCIA TAMAJON	
NUTRICIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA EN EL ANCIANO: ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA POR GRAVEDAD	56
ANGELA DE LA CRUZ FERNANDEZ DOMINGUEZ, TATIANA FONTALBA GARRIDO, VALME MARTINEZ AFONSO	
FACTORES DE RIESGO EN CAÍDAS DE PERSONAS ANCIANAS	57
JESÚS LINARES QUERO, RAFAEL RINCÓN ESTRADA, MARIA DEL MAR MORALES GARRIDO	
DETECCIÓN DE LA SOLEDAD EN EL ANCIANO	58
JESÚS LINARES QUERO, RAFAEL RINCÓN ESTRADA, MARIA DEL MAR MORALES GARRIDO	
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UNA PERSONA MAYOR	59
EVA RUIZ FERNANDEZ, GEMA GARCIA PRIETO, DAVID CAPARROS FLORIDO	
INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE NUTRICIÓN, TANTO POR DEFECTO COMO POR EXCESO, EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS AFECTADAS CON CÁNCER EN GERIÁTRICOS	60

LORENA CARMONA CARRASCO, ANA MARIA MORA VAZQUEZ, PALOMA
LIBRERO MÁRQUEZ

ANÁLISIS SOBRE EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA61

MARIA INMACULA LAY DUQUE, PATRICIA GONZALEZ NUÑEZ, CARMEN RAMOS
SANTOS

**LA HIDRATACIÓN GRAN BENEFICIO PARA LA SALUD DE NUESTROS MAYORES
.....62**

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

APOYO SOCIAL: EL PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE LA LEY DE DEPENDENCIA ..63

MARIA ISABEL TORREGROSA GALERA, CRISTINA RODRIGUEZ LOPEZ, SINDIA
MARIA SANCHEZ FERNANDEZ

EPISTAXIS POR CRISIS HIPERTENSIVA TRAS TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA64

ARANZAZU MARTIN VILLENA, MARIA ISABEL VILLODRES NAVAS, AURORA
ALGUACIL CABALLERO

INFLUENCIA DE LA TERAPIA CANINA EN EL ADULTO MAYOR.....65

MONTSERRAT AMATE FABA, MARIA JOSE LOPEZ LORENZO, JUANA MARIA
MARIN DIAZ

ESTUDIO SOBRE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA POBLACIÓN ANCIANA66

CRISTINA OLLER NAVARRO, ANA NADAL IBAÑEZ, PATRICIA MESAS CARREÑO

SEPSIS MIXTA CUTÁNEA Y URINARIA EN UN PACIENTE DEPENDIENTE.....67

LAURA GALVEZ HERNANDEZ, CAROLINA RUIZ CASTRO, ALICIA SANCHEZ
FERNANDEZ

**EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE
LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN68**

ANA MARTOS TORRES, MANUELA TORRES CHIACHIO, SALVADORA CRUZ
CABRERA

**ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO EN
LA DEMENCIA69**

ROCIO VIZCAINO SEGURA, RAQUEL SOLA DÍAZ, MARIA LUISA VICENTE
SANCHEZ

ANÁLISIS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN70

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

IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN RESIDENTES ENCAMADOS.71

MARIA JESÚS PADIAL HERMOSO, EVA MARIA MARQUEZ JIMENEZ, MARIA
COMINO ORTEGA

**IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE
LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTES GERIÁTRICOS
INSTITUCIONALIZADOS72**

MARIA CARMEN CRESPO GARCIA, MARÍA DE LAS MERCEDES GARCIA
RODRIGUEZ, MARIA GOMEZ CARREÑO

**ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO
DEL DOLOR CRÓNICO EN PERSONAS MAYORES73**

LORENA CARMONA CARRASCO, ANA MARIA MORA VAZQUEZ, PALOMA
LIBRERO MÁRQUEZ

APOYO PSICOSOCIAL A LAS PERSONAS MAYORES74

CRISTINA MACIAS VILLANEGO, MARIA OGALLA FLORES, GEMMA REAL
ORGANVIDEZ

RELACIÓN DEL TABACO Y EL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL75

CARMEN GRANADOS PIEDRA, ROSA MARIA SANTIN GARCIA, MELANIA
MARTINEZ ILLANA, LLIBERTAT ALTOZANO MARTÍN, CRISTINA HERNÁNDEZ
CABRERA, CARMEN MARTIN PASCUAL, DOLORES MIRALLES GARCIA, MARTA
GALINDO TUTUSAUS, LAURA ALFRANCA I HONTORIA, ANDREA CRISTINA
CHIAPPE PIÑEIRO, CRISTINA MUÑOZ MARTIN, ELENA QUESADA HERNANDEZ

RIESGO DE CAÍDAS EN LOS ANCIANOS: A PROPÓSITO DE UN CASO76

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

HIGIENE DE MANOS Y USO CORRECTO DE GUANTES EN RESIDENCIAS77

ERIKA DOMINGUEZ BARBOSA, KAREN DOMINGUEZ BARBOSA, FRANCISCO
JAVIER SOLANO BARRAGÁN

**DETECCIÓN Y VALORACIÓN DE COMPLICACIONES DE USUARIOS DIABÉTICOS
MAYORES DE 65 AÑOS EN CENTROS DE DÍA EN ALBACETE78**

INMACULADA GARCIA POLO, ISABEL BENEROSO LÓPEZ, MARIA JESUS CUENCA
ABARCA

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LA POBLACIÓN: GERIATRÍA79

ALVARO JESUS BELMAR RUFO, ALBA CARDENAS TINEO, ALMUDENA GONZALEZ
DE AQUINO

HÁBITOS SALUDABLES EN LA HIGIENE BUCAL DE LA POBLACIÓN ADULTA80

ASCENSION FERNANDEZ GONZALEZ, MARIA TERESA MENA NAVARRO, ISABEL
SANCHEZ PARRA

**AUXILIAR DE ENFERMERÍA, CUIDADOS FAVORABLES Y NO FAVORABLES EN
LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN81**

MARÍA JOSÉ MOLINA CARO, MARÍA TRINIDAD GARCÍA PÉREZ, ESTHER TAPIA FUENTES

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL ANCIANO CON INSOMNIO82

IRENE DE LOS RIOS RODRIGUEZ, JUAN DAVID HERNÁNDEZ CESAR, SUSANA CAPARROS FERNANDEZ

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN DE ORINA EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER83

IRENE DE LOS RIOS RODRIGUEZ, JUAN DAVID HERNÁNDEZ CESAR, SUSANA CAPARROS FERNANDEZ

ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS AL PACIENTE TERMINAL GERIÁTRICO84

JOSEFINA GALLEGO HERNANDEZ, ANA MARIA PARRA JODAR, ANA MARTÍNEZ CANO

SUJECCIONES MECÁNICAS EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA85

MÓNICA MARTÍNEZ CABALLERO, NÉLIDA CAMPILLO VERDÚ, ANA BELÉN NICOLÁS VIGUERAS, FRANCISCO LOPEZ NAVARRO, JOSEFA LUCAS GARCIA, MARIA ANGELES INIESTA GARZON

EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DE UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA86

MARIA VIRGINIA RODRIGUEZ POZO, REYES SOTO CHACÓN, MARIA TERESA VIQUE MORALES

CUIDADOS BUCALES EN PACIENTE DEPENDIENTE POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA.....87

MANUEL VELA MEDEL, MARÍA FRANCISCA DELGADO LÓPEZ, MARÍA MERCEDES RODRIGUEZ SORIA

ABORDAJE DE LA HIGIENE EN EL ANCIANO ENCAMADO GERIÁTRICO88

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

ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO DE TERCERA EDAD89

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

PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA INCONTINENCIA FUNCIONAL90

DOLORES MORENO ANTEQUERA, JOSE MARIA MUÑOZ MANZANEDA, ISABEL MARIA BUENO GARCIA

SÍNDROME CONFUSIONAL DESENCADENADO POR INFECCIÓN URINARIA91

MARTA GONZÁLEZ CASTAÑO, ANA SUAREZ ALONSO, TAMARA BELLOSO CUESTA, ALBA GONZÁLEZ DÍAZ	
FRACTURA DE CADERA Y MORTALIDAD EN PERSONAS MAYORES	92
MELANIA VARGAS LARA, FRANCISCA CARBONELL DIAZ, ANA MARIA LOPEZ MUÑOZ	
ACTUACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES	93
VICTORIA MERINA OBREGÓN, PAULA DEL OLMO ROLDÁN, ANA JIMENEZ NOGUERO	
EL ABANDONO DE LOS PACIENTES MAYORES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS.....	94
JUAN JOSE LOPEZ GUILLEN, MARIA SOLEDAD GAMERO ORTEGA, MARIA ALDARA LOPEZ GAMERO	
ANASARCA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	95
ALBA GONZÁLEZ DÍAZ, TAMARA BELLOSO CUESTA, ANA SUAREZ ALONSO, MARTA GONZÁLEZ CASTAÑO	
ESTUDIO DE LA SALUD BUCAL DEL ANCIANO EN LA ACTUALIDAD	96
YOLANDA RODRIGUEZ SUERO, BEGOÑA TOMASA RODRÍGUEZ SUERO, EUGENIA MARIA DIAZ ALMENARA	
CAMBIOS POSTURALES EN EL PACIENTE ANCIANO	97
ESTHER LOPEZ FERNANDEZ, CARMEN ROSA PUERTAS NUÑEZ, ELISA ISABEL SEGURA MARTINEZ	
ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO COGNITIVO DE LOS ENFERMOS CON PARKINSON: IMPORTANCIA DEL NIVEL EDUCATIVO	98
INMACULADA GONZALEZ MORALES, TANIA PALENCIAS HORNEDAL, CASILDA ANTONIA MARTINEZ FERNANDEZ	
ASOCIACIÓN DE PSICOFÁRMACOS Y RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS	99
RAFAEL FENOY JIMÉNEZ, MARTA SOLER NAVARRO, LAURA BARAZA NAVARRO	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO	100
SANDRA MARIA ACUÑA ORTEGA, CATALINA PEREA GUERRA, DOLORES RODRIGUEZ GONZALEZ	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO Y LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE ANCIANO.....	101
SANDRA MARIA ACUÑA ORTEGA, CATALINA PEREA GUERRA, DOLORES RODRIGUEZ GONZALEZ	

LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS DIFERENTES SÍNDROMES GERIÁTRICOS.....	102
YOLANDA ZAPATA MARTIN, MARIA JOSE RUEDA CARRILLO, MARGARITA GARCIA PRIETO	
TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN CENTROS RESIDENCIALES GERIÁTRICOS	103
ENCARNACION MARTINEZ GARRIDO, FERNANDO GARCÍA ESCOBEDO, MARÍA JIMENEZ MOLINA	
PREVALENCIA DE POLIFARMACIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO	104
PABLO ROSAS GARCIA	
EL MALTRATO EN LA VEJEZ: UN GRAN PROBLEMA ACTUAL.....	105
MARIA ANGELES DE LOS SANTOS FERNANDEZ, NOEMI RUIZ RUIZ, SONIA SOBRINO LOSADA, MARIA TERESA SUAREZ SANTIAGO, LOURDES GARCIA LOPEZ	
CUIDADOS DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON LOS DISPOSITIVOS URINARIOS.....	106
MARÍA DEL CARMEN JIMÉNEZ LOZANO, ANTONIA QUILES SIERRA, BEATRIZ MARTIN QUILES	
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO DEL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO	107
RAÚL REYES DEL OJO, JULIO CESAR REYES GONZALEZ	
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INFECCIÓN EN TRACTO URINARIO: CISTITIS.....	108
MARIA BARRALES PEREZ, CARMEN GUZMÁN VICO, NURIA RAMOS TRUAN	
REPARACIÓN EXITOSA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN SACRO, EN ANCIANOS FRÁGILES DESDE MEDICINA, ENFERMERÍA Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA.....	109
MARIA JOSE BRAVO JIMENEZ, RAQUEL NARANJO SÁNCHEZ, ALEJANDRO GONZÁLEZ PIMENTEL	
PACIENTE GERIÁTRICO CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE POR CONVULSIONES EPILÉPTICAS	110
RAFAEL ROMERO GARCÍA, LOURDES PRERA RAPOSO, MARÍA MARTÍN CUYAR	
INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS	111
LORENA PEINADO MALAGÓN, INMACULADA PINTO ORTIZ, ENCARNACIÓN LIDIA RAMIREZ GÓMEZ	
TRASTORNO DEL SUEÑO EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA.....	112

JORGE GALLARDO CAÑAMERO, ARÁNZAZU GÓMEZ AGUILERA, ISABEL MARIA TRIGO MARTIN

LA RELACIÓN DIRECTA ENTRE LA INMOVILIDAD Y EL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA113

JORGE GALLARDO CAÑAMERO, ARÁNZAZU GÓMEZ AGUILERA, ISABEL MARIA TRIGO MARTIN

ANÁLISIS SOBRE SUJECIONES FÍSICAS EN GERIATRÍA.....114

JORGE GALLARDO CAÑAMERO, ARÁNZAZU GÓMEZ AGUILERA, ISABEL MARIA TRIGO MARTIN

PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS115

ANA RUIZ MARTÍNEZ, SONIA ENDRINO HEREDIA, ANTONIA CHINCHILLA HEREDIA

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO116

ISABEL MORILLO DURO, MARTA CARMONA PASTOR, JUAN ÁNGEL GARCÍA SÁNCHEZ

ENFERMERÍA EN SUJECIONES MECÁNICAS DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS117

ISABEL MORILLO DURO, MARTA CARMONA PASTOR, JUAN ÁNGEL GARCÍA SÁNCHEZ

CAÍDA EN PERSONA MAYOR ROTURA DE CADERA Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR118

VIRGINIA CORTES CORTES, GEMMA MARTÍN PÉREZ , IRENE CALDERON SORROCHE

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS119

JESUS ANTONIO ORTEGA CORREA, SONIA RUIZ RONDAN, SAMANDA SERVAN MOJONERO

AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL CUIDADO DEL ANCIANO Y LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS120

CATALINA PEREA GUERRA, SANDRA MARIA ACUÑA ORTEGA, DOLORES RODRIGUEZ GONZALEZ

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN121

CRISTOBALINA SANCHEZ JIMENEZ, ITZIAR MALAGÓN RODRÍGUEZ, EVA ISABEL QUESADA REAL

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INCONTINENCIA122

RAQUEL HIGUERAS CALVENTE, ENCARNACIÓN JIMÉNEZ AGUILERA, MARIA
JOSE FUENTES MORENO

**RIESGO DE CAÍDAS LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADAS
FRENTE A LAS QUE NO LO ESTÁN.....123**

MARIA ROSA COVAS FEMENIA, FRANCISCA PÉREZ CLADERA, ANA MARIA
GARRIDO SALVA

**VALORACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA EN EL ANCIANO
INSTITUCIONALIZADO124**

ELIA VIANO PÉREZ, NOEMI SUAREZ FERNANDEZ, VIRGINIA FERNANDEZ DIAZ,
SILVIA HERNANDEZ ALVAREZ, TATIANA BARBAS PEREZ, LAURA ESPASANDIN
FERNANDEZ, SANDRA SERRANO RODRIGUEZ

**PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO
.....125**

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

**DEMENCIA DE ALZHEIMER Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA126**

CRISTOBALINA SANCHEZ JIMENEZ, ITZIAR MÁLAGÓN RODRÍGUEZ, EVA ISABEL
QUESADA REAL

MANEJO DEL PACIENTE CON ÚLCERAS POR PRESIÓN127

MERCEDES COLLADO HERRANZ, ESTHER GRANADOS RAMOS, ISABEL MARIA
SANCHEZ PASTOR

HIPOGLUCEMIA POR UN MAL CONTROL DE LA DIABETES.....128

ROCIO SANCHEZ AGUILERA, EMILIO HERNANDEZ CARMONA, AURORA
MARTINEZ GARCIA

PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ANTIDIABÉTICO ORAL: METFORMINA...129

NATIVIDAD GUIJO MARTÍN, NICIA DEL ROCIO SANTANA BERLANGA, SONIA
MARIA FRANGANILLO VICENTE

**ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTE ENCAMADO CON DEMENCIA TIPO
ALZHEIMER130**

ESTEFANIA LAINEZ BLANCO, MARIA GRACIA CUADRA PEREZ, MARIA DEL
CARMEN TABOADA CALERO

**DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA EN PERSONAS MAYORES
HOSPITALIZADAS131**

ZAIDA BREA VIZCAINO, LIDIA ANA HINOJO IBAÑEZ, ROSALIA RUIZ RUBIO

PROCESO DE DEPRESIÓN EN EL ANCIANO132

ROCIO ALONSO CAPARROZ, MARIA LUISA BALLESTA FERNÁNDEZ, MARÍA
DOLORES COLLADO MARTÍNEZ

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA REAGUDIZADO: PACIENTE
.....133

CRISTINA POZO GARCIA, VICTORIA JEAN MARIA BODLAK PRADA, RAUL GARCES
ROMERO

ESTUDIO DE LAS CONSECUENCIAS DE LA DESHIDRATACIÓN EN EL ANCIANO
.....134

MARIA ISABEL VARELA GOMEZ, LIDIA VICENTE FONTANILLA, MARIA FRIAS
GARZON

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS ÚLCERAS
POR PRESIÓN**.....135

MARIA BLANCA CASTILLO PALOMARES, ENCARNACION RODRIGUEZ LEON,
SACRAMENTO TEJERA MOYANO

PROBLEMAS HEPÁTICOS EN LA EDAD AVANZADA136

ISABEL MARÍA BERBEL HERNÁNDEZ, ANA BELEN SANCHEZ HERNANDEZ, VITOR
EMANUEL ANDRADE

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO.....137

VIRGINIA NAVAS AGUILAR, VICTORIA ESCALONA MARMOL, FRANCISCA
CUEVAS PORTILLO

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON ALZHEIMER.
A PROPÓSITO DE UN CASO.**.....138

LUCIA ROCHE GUTIÉRREZ, RAQUEL MUÑOZ VILLAVERDE, LETICIA ELVIRA
GUTIÉRREZ, AINHOA PEDREGOSA MUNUERA

**INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE EL PACIENTE CON INCONTINENCIA
URINARIA DE TIPO FUNCIONAL**139

MANUEL SABIOTE RUIZ, RAFAEL GARCIA LA IGLESIA, MARTA CAMPOS MORENO

ESTRATEGIAS A LLEVAR A CABO PARA EVITAR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN 140

MONTSERRAT VANESA MAÑAS MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN TORRES
ZAGUIRRE, ANA MARIA ROMERA TORO

ESTUDIO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA: VIRUS INFLUENZA B141

MARIA RIONDA CABO, ELENA CAÑEDO FERNÁNDEZ, CRISTINA MUÑOZ SANTOS,
MARÍA ARÁNZAZU MIER JUANES

ESTADO NUTRICIONAL Y ÚLCERAS POR PRESIÓN.....142

ANNA MARIA BONJORN MARTI, PATRICIA FERRER LLABERIA, ARES IZARD
FORRELLAD, CARLA BARDIA MINGUELLA, ANNA ERITJA COMES, DANIEL BOSCH
CAPDEVILA

FRECUENCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS DE PRESIÓN.....	143
PILAR RECHE GARCÍA, CARMEN AGUILAR ASENSIO, MANUELA RECHE GARCÍA	
EL ANCIANO CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA	144
MONTSERRAT VANESA MAÑAS MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN TORRES ZAGUIRRE, ANA MARIA ROMERA TORO	
PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	145
NURIA GAVIRA RODRIGUEZ, FRANCISCO CUMBREERAS GARCÍA, CRISTINA MOSCOLO DELGADO, MARIA MORENO FLORES	
ESTUDIO DE LA HIDRATACIÓN EN LAS PERSONAS ANCIANAS	146
PAULA LORENTE OTIN, MATILDE IZQUIERDO RODRIGUEZ, ROSARIO TORRES SALMERÓN	
ABORDAJE DEL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO	147
PABLO CUBEROS GAMIZ, LUCIANA BERBEL RABINO, CINTHYA GARCIA BLANES	
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER : CÓMO CONOCER LOS PRIMEROS SÍNTOMAS	148
EUGENIO MANUEL GAMBOA SORIANO, MARIA CARMEN VAZQUEZ HUERTAS	
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS CAÍDAS EN LA TERCERA EDAD	149
ELENA OJEDA AGUDO, ANA MARIA RODRIGUEZ ESTEPA, LAURA RIVERA ROBLES	
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	150
ALBA FERNÁNDEZ CEPEDA, MANUEL OREA GALLEGU, ELSA GOMEZ PAREJA	
IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS.....	151
IRENE VILLA DOMÍNGUEZ, MARÍA DOLORES SALAMANCA BAUTISTA, MARIA DE LOS ANGELES LEON CANALEJO	
PACIENTE CON CEFALEA DE MESES DE EVOLUCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	152
CARMEN FÁBREGA ALARCÓN, MARIA DEL ROSARIO GARCIA GARCIA	
ANÁLISIS SOBRE LA POLIFARMACIA EN LOS PACIENTES ANCIANOS	153
MERCEDES FUNES PÉREZ, FRANCISCO JOSE PERALES GAMEZ, ANA BELEN MARTINEZ PLAZA	
EFICACIA EN EL MANTENIMIENTO DE LA MARCHA Y EQUILIBRIO EN USUARIOS DE UNA RESIDENCIA MEDIANTE LA ACTIVIDAD DE GIMNASIA MATINAL	154
DIEGO ORTIZ SUAREZ	

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UN ANCIANO FRÁGIL	155
ALBA FERNÁNDEZ PALACIO, SOFIA ALVAREZ DIAZ, CANDIDA GARCIA FERNANDEZ	
INSTRUMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN TALONES.....	156
MARIA DOLORES LAZO CAPARROS, YANDIRA NAVARRO TORTOSA, LIDIA TORRES TITOS	
EL ENFERMO GERIÁTRICO EN EL ÁMBITO INTRAHOSPITALARIO	157
MARÍA PIEDAD HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, ALICIA REVUELTA RUIZ, CARMEN ROSA GUERRERO SANCHEZ	
EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA ROTURA DE CADERA	158
ANA MARIA ROSAS MARTIN, ISABEL MARIA BRAVO BRAVO, MARIA DEL MAR MARTÍN TRUJILLO	
ABORDAJE FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.....	159
JOSEFINA RODRIGUEZ GOMEZ, INÉS GÓMEZ MARTÍNEZ, MARÍA DEL PILAR VALDIVIA FERNÁNDEZ	
MUJER CON ÚLCERA POR PRESIÓN EN EL SACRO; A PROPÓSITO DE UN CASO	160
NURIA REINOSO MANZANO, SEILA CASTILLO RODRIGUEZ	
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICA	161
CARMEN GUILLÉN ANDRADES, CARMEN LAURA MARTINEZ CABEZA, ROCIO ORTIZ PAVÓN	
SOSPECHA DE NEOPLASIA DE VEJIGA EN ANCIANA JOVEN	162
CARMEN GUILLÉN ANDRADES, ROCIO ORTIZ PAVÓN, CARMEN LAURA MARTINEZ CABEZA	
EL PACIENTE CON ALZHEIMER: ABORDAJE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	163
VANESSA ALCAIDE PAREJA, MARIA JESUS PAREJO HERRERA, ROSARIO PAREJO GAVIRA	
CUIDADOS Y ATENCIÓN AL ENFERMO CON ALZHEIMER	164
MARIA ISABEL GARCIA GIL, JOSÉ MIGUEL SÁNCHEZ PÉREZ, PATRICIA MIRAS GONZALEZ, DOLORES DUARTE PADILLA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA.....	165

FRANCISCO JAVIER GOMEZ RODRIGUEZ, MARIA ISABEL LUPION RUBIO, JOSE MARIA BELMONTE HERNANDEZ	
PACIENTE ANCIANA CON PROBLEMA DE ESTREÑIMIENTO	166
ANA EMILIA ROMERO BORNES, MARIA DEL CARMEN MUÑOZ FERNÁNDEZ, LORENA RUIZ NIETO	
DISFAGIA: CLASIFICACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA SU ABORDAJE	167
SANDRA PARDO BENAVIDES, ALBA ROLDAN FERNANDEZ, NAZARET SÁNCHEZ MARTÍN	
VARÓN DE 65 AÑOS QUE PRESENTA FIEBRE ALTA	168
MARIA TAMARA VILAR LÓPEZ, MARIA JOSÉ ASENCIO GARCIA, NOELIA LÓPEZ LARA	
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME CONFUSIONAL EN URGENCIAS ..	169
PATRICIA DE LA CRUZ GUIADO, ANGELA SAN JUAN ROBLEDILLO, ELENA MORENO MONTERO	
ISQUEMIA CRÓNICA GRADO IV EN EXTREMIDAD INFERIOR CON GANGRENA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	170
MARIA ANGELES HIERRO LAPEYRE, MARIA LUISA GUEMBE SUESCUN, ENRIQUE VAZQUEZ DAZA, SANDRA ORTEGA FERNANDEZ, ANNA FORNELLS OLIVET, ALICIA ALVAREZ LAZARO	
LA SALUD BUCODENTAL Y SU EFECTO EN LA CALIDAD DE VIDA GERIÁTRICA	171
DESIRÉE GALINDO AMEZCUA, ANA MARIA MARTINEZ CARREÑO, MARIA DEL MAR PAGEO CAIRO	
MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO EN EL PACIENTE ANCIANO	172
ESTELA MORALES VÁZQUEZ, SERGIO HIJANO VÁZQUEZ, JOSEFA SAURA NIETO, MIRIAM NICOLÁS DEL PUEBLO, JULIA ALBALADEJO PERONA, LAURA ABELLÁN MOMPEÁN	
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTE POLIMEDICADO	173
EVA MARIA ESCOBAR MOLINA, MARIA ISABEL MANGAS MARTIN, MARÍA DESEADA CRISTO BERNAL	
RESILIENCIA EN EL ANCIANO. PAPEL DE ENFERMERÍA	174
EVA MARIA ESCOBAR MOLINA, MARÍA DESEADA CRISTO BERNAL, MARIA ISABEL MANGAS MARTIN	
SÍNDROME FEBRIL EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA	175
SANDRA GUERRERO GÓMEZ, ALBERTO GUERRERO MERCEDES, FRANCISCO JAVIER GUTIÉRREZ BARRERA	

PREVENCIÓN-TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS CRÓNICAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA	176
VERONICA ARIAS MORENO, MARIA ADELA PEREZ SERRANO, ANGELA GONZALEZ JUSTO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EN EL ANCIANO.....	177
MARIA DE LOS ANGELES LEON CANALEJO, MARÍA DOLORES SALAMANCA BAUTISTA, IRENE VILLA DOMÍNGUEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ANSIEDAD	178
MARIA VICTORIA MARTINEZ ALCANTARA, MARIA PIEDAD GARCIA RUIZ, CELIA MARIA CORDOBA MORALES	
IDENTIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN EL PACIENTE TERMINAL	179
GEMMA CAMACHO MOLINA, CARMELO LOPEZ CASTAÑO, CARMEN AGUILERA AGUILERA	
PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES EN LA TERCERA EDAD	180
ANA LOPEZ TESÓN, CARMEN MARIA LEON LOPEZ, ISABEL ORTIZ GALLARDO	
PREVALENCIA E INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA.....	181
MARIA YAIZA MEDINA SANTANA, JESÚS MEDEROS MONTESDEOCA	
PROCEDIMIENTOS TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: COLOCACIÓN Y RETIRADA DE CUÑA	182
JOSEFA RODRIGUEZ GARCIA, CARLOS GOMEZ MORENO, MARIA JOSE CASTELLON GONZALEZ	
LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO.....	183
ERIKA SANCHO PEREZ, LAURA FONTANILLA COBANO, ANGELA ARRIAZA MONREAL	
MUJER ANCIANA QUE PRESENTA ISQUEMIA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO.....	184
EVA MARIA TORRALBO CACHINERO, MARIA RUIZ RODRIGUEZ, ADRIANA NADINE MÜLLER PUGA	
GRADO DE DETERIORO COGNITIVO Y COEXISTENCIA DE SÍNDROME DEPRESIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	185
MARIA DOLORES CAMACHO LOZANO, JAVIER MONTERO CARRERA, VIRGINIA DIAZ GARCIA	
LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS	186

JULIA M. LÓPEZ MARTÍNEZ, MARIA DEL MAR GOMIZ SALINAS, ANTONIA GÓMEZ TEROL

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES.....187

LARA CABEZAS JUAN, JAVIER JUAN LEDESMA RECUERO, LYUDMIL GEORGIEV GRIGOROV, AINHOA MOLINA DÍAZ, AIDA LÓPEZ QUINTÍA, MARIA MEANA GARCIA, VIRGINIA ZARZA BELDA, JENNIHE ALEJANDRA ÁVILA ALZATE, NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES

LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS ANCIANOS188

BUCHRA ABDEL-LAH TAHAR, CONCEPCION BONILLA FERNANDEZ, DANIEL LUQUE PARDO

EL DOLOR: UNA ALERTA EN LA DEMENCIA189

MARIA ISABEL MARTINEZ MARTINEZ, ISABEL MARÍA PALLARÉS MARTÍNEZ, MARIA SANCHEZ MARTINEZ, ESTEFANIA WALTER CHECA, ROSA MARÍA CARBONELL PÉREZ, CARLOS ALBERTO GARCIA RUIZ

LA SEXUALIDAD EN EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO190

ISAAC ALBA RODRIGUEZ, ALEJANDRA RODRIGUEZ LUGO, LORENA PAN CARDENAS

EL DELIRIO Y LOS ANCIANOS INGRESADOS191

LORENA CABALLERO GALLARDO, ELENA MORA MARTIN, MANUEL RUEDA FERNANDEZ

AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA.....192

MARIA DEL PILAR LÓPEZ ROMERO, MARÍA DOLORES LIMÓN ALBA, PILAR RUIZ NAVARRO

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ÁMBITO HOSPITALARIO193

PAULA MONTES DE OCA MIRAS, YOLANDA MARTÍN CRUZ, CARMEN ESTEFANÍA MONTES DE OCA MIRAS

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE GERIÁTRICO TERMINAL194

MARÍA DOLORES MAESTRE PALACIOS, JOSE ANTONIO VERDEJO PARRA, CARMEN MARÍA GARCÍA GARCÍA, MAGDALENA GUTIÉRREZ GARCÍA, ANA MARÍA MORALES AYALA, ASCENSIÓN FERNÁNDEZ RUÍZ, MARÍA DAMIANA RUBIO CARRILLO, MARIANO HORTELANO BALIBREA, LIDIA ALEGRÍA COBAS, ANTONIA FLORENTINA LÓPEZ CABALLERO, MARÍA YOLANDA ESPINOSA PORRUA, SARA BERNAL ARDIL

LA INFECCIÓN URINARIA EN LA ANCIANA PLURIPATOLÓGICA195

MACARENA SAAMEÑO IBORRA, MARÍA MARTÍN BARRERA, ANTONIO JESÚS
BARRIOS VÁZQUEZ

**SÍNDROME DE ABSTINENCIA TRAS REDUCCIÓN DE TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO.....196**

FRANCISCO CUMBRERAS GARCÍA, CRISTINA MOSCOSO DELGADO, MARIA
MORENO FLORES, NURIA GAVIRA RODRIGUEZ

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE
ENCAMADO.....197**

CRISTOBALINA SANCHEZ JIMENEZ, ITZIAR MALAGÓN RODRÍGUEZ, EVA ISABEL
QUESADA REAL

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTE CON ALZHEIMER198

ALICIA GALDEANO CARRILLO, CRISTINA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, CELIA
GALDEANO LÓPEZ

**LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y AYUDA DE LA
FAMILIA EN EL ALZHEIMER.....199**

ANA MARIA ROMERA TORO, MARIA DEL CARMEN TORRES ZAGUIRRE,
MONTSERRAT VANESA MAÑAS MARTINEZ

EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN LA DEMENCIA SENIL200

JOAQUIN VEGA BERNAL, ANA MARIA VEGA BERNAL, CARMEN MARIA AGUSTIN
BRAVO DE MANCILLA

NEGACIÓN A LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTE CON DEMENCIA201

ISABEL SÁNCHEZ GALVEZ, ESTHER MARIA GAMEZ SANCHEZ, CARMEN
ALBUERA CECILIA

**DISFAGIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
.....202**

INMACULADA SERRANO MARTIN, CRISTINA OJEDA MARTIN, ESPERANZA
SILVESTRE PIÑA

IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN EL ANCIANO203

INMACULADA SERRANO MARTIN, CRISTINA OJEDA MARTIN, ESPERANZA
SILVESTRE PIÑA

ÚLCERA DE TALÓN DE TÓRPIDA: EVOLUCIÓN.....204

SILVIA AGUILAR ZAYAS, BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO, JUAN HUESO
MARTINEZ

**PLAN TERAPÉUTICO TRAS FRACTURA POR TRAUMATISMO EN MIEMBRO
INFERIOR.....205**

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

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DEMENCIA DEGENERATIVA	206
FRANCISCO JAVIER GÓMEZ FERNÁNDEZ, MARÍA DEL CARMEN SANCHEZ RAMON, NOELIA ASCENSIÓN RODRÍGUEZ UROZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PARKINSON	207
JUAN CARLOS TOLEDANO HERRADOR, BELEN MONTILLA MIRANDA, MARIA ARACELI CABRERA MOLINERO	
ABORDAJE TERAPÉUTICO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN RESIDENCIAS.....	208
FRANCISCO JESÚS GAGO MARTÍN, MIGUEL ÁNGEL FERNANDEZ RUIZ, MARINA GARCÍA PÉREZ	
EL USO DE COLAGENASA EN EL DESBRIDAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	209
MARÍA ÁNGELES QUIÑONES DELGADO, JERÓNIMO MALDONADO ROLDÁN, RAQUEL CASTILLO SÁNCHEZ-HEREDERO	
ACTUACIONES ANTE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	210
SONIA REQUENA MUÑOZ, AMANDA CASTILLO PEREZ, ROSA MARIA CALLEJA ROMAN	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN DEL GRADO DE FRAGILIDAD EN PACIENTES DEPENDIENTES	211
MARÍA DEL MAR SERRANO MOYA, INMACULADA ÁLVAREZ VÁZQUEZ, ANA GONZALEZ MUÑOZ	
PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN CON CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE CALIDAD.....	212
MARÍA DE GUÍA ANDRADA CABALLERO	
CUIDADOS DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA EN RESIDENCIA DE ANCIANOS	213
ANTONIO CAÑERO AGUILERA, JOSE LUIS VIDAL LORENZO, GLORIA AGUILERA MARTINEZ	
ANÁLISIS DE PACIENTE CON SÍNDROME FEBRIL	214
ANA BELEN GAMEZ CABRERA, YASMINA GALLARDO FERNÁNDEZ, MARIA DE LA LUZ DIAZ HUESCA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PIE DIABÉTICO.....	215
MARÍA RUIZ ZAMBRANA, CELIA MARIA CORDOBA MORALES, MARIA VICTORIA MARTINEZ ALCANTARA	
LA IMPORTANCIA DE LA DIETA EN EL ANCIANO.....	216

MARIA CONCEPCION GUTIERREZ ALVAREZ, INES RIOS ALVAREZ, MARIA TERESA ALVAREZ TESTON, MARIA CRUZ GIL MACHADO, JOHANA MIRANDA MORAIS, ANA ISABEL FERNANDEZ MENENDEZ

PLAN DE CUIDADOS: CATARATAS EN EL ENVEJECIMIENTO217

MARIA INMACULADA LOPEZ FERNANDEZ, MARIA ROCIO PRADOS CARMONA, OLGA AGUILERA MORENO

PEQUEÑOS CAMBIOS DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO.....218

MARIA DEL CARMEN QUESADA BASCUÑANA, MARIA LUCIA CAMPAÑA ORTEGA, MARIA JOSE GARCIA FLUJA

CONTRAINDICACIONES EN LA REALIZACIÓN DEL EJERCICIO EN LOS MAYORES219

MARIA JOSE GARCIA FLUJA, MARIA DEL CARMEN QUESADA BASCUÑANA, MARIA LUCIA CAMPAÑA ORTEGA

SÍNDROME POST CAÍDA EN PACIENTE ANCIANA TRAS SUFRIR UNA CAÍDA ACCIDENTAL EN EL DOMICILIO220

INMACULADA MORA SANCHEZ, ALICIA PEINADO PÉREZ, MARIA MAGDALENA CANO VICO

ESTUDIO SOBRE LA MALNUTRICIÓN EN LA TERCERA EDAD221

MARIA JOSE GARCIA FLUJA, MARIA DEL CARMEN QUESADA BASCUÑANA, MARIA LUCIA CAMPAÑA ORTEGA

CONOCIMIENTO DEL USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS222

ANGELES RODRÍGUEZ CRESPILO, JUAN FRANCISCO ANGUIANO SANTOS, MARIA CARMEN ECHEVARRIA RODRIGUEZ

PACIENTE GERIÁTRICO CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....223

MARIA ELENA TITOS MARTÍNEZ, VERONICA GUZMAN PECINO, ANA TITOS MARTINEZ

IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS .224

CRUZ MARIA ALVAREZ SEGURA, ANA ISABEL RAMOS RAMOS, CARMEN MARIA NIETO GARRIDO

ABUSO DE PSICOFÁRMACOS EN ANCIANOS CON DEMENCIA225

BEATRIZ SARMIENTO ESCOLANO, YOHANA GARCIA MOLINA, ANTONIO LOZANO BELMONTE

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA226

FÁTIMA ISABEL RUIZ RODRÍGUEZ, MARÍA MORALES CASTILLA, MACARENA LOZANO LORCA

EL ASEO GENERAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO ENCAMADO	227
JUNCAL GARCÍA GARCÍA, ROSA ELENA ALVES RUBIO, BEATRIZ CAMPA FLOREZ	
PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO	228
LUCIA NESPEREIRA BAIGORRI	
MUSICOTERAPIA EN PACIENTES CON ALZHEIMER APLICADO A LA ENFERMERÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	229
ANDRÉS FUENTES SOTO, ALEJANDRO SANCHEZ-MERENCIANO GARCIA, GREGORIO ROMERO CANDEL, BLANCA MONTEAGUDO JUNCOS, DAVID MARIN MARTINEZ, JOSE VICENTE FERNÁNDEZ	
SÍNDROME BURNOUT EN CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES	230
ADRIAN FARAUSTE RODRIGUEZ, ROCIO PERIAÑEZ AGUILERA, GEMA ROCIO ABREU RODRIGUEZ	
PROGRAMA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS ALTA HOSPITALARIA	231
LETICIA SIMAO AIEX, MARÍA LAURA MORILLAS FERNÁNDEZ, DOLORES PINEDA TENOR	
PLAN DE CUIDADOS TRAS ALTA HOSPITALARIA DE UNA FRACTURA DE CADERA	232
FÁTIMA ISABEL RUIZ RODRÍGUEZ, MACARENA LOZANO LORCA, MARÍA MORALES CASTILLA	
ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL ESTREÑIMIENTO EN EL ANCIANO	233
ANA BELÉN RAMOS PELADO, ALBERTO MENOR RAMOS, MARÍA DEL PILAR RAMOS PELADO	
ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN EN PACIENTE FRÁGIL	234
SHEILA PULGARÍN VILCHES, MARIA JOSE PEREZ ORTEGA, RAQUEL GARCIA PEREZ	
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO RELACIONADO CON INFECCIÓN RESPIRATORIA	235
SARA CARMONA PERUYERO, FRANCISCO JAVIER SERRANO PALLARES, MIKEL DIAZ ZABALA	
ACTIVIDADES ENFERMERAS ANTE LA HEMORAGIA DIGESTIVA EN EL ANCIANO	236
BEATRIZ SANTA MUÑOZ MORAL, MARTA IZQUIERDO PRADOS, MARIA REYES BRAVO, MARÍA TERESA GUIJARRO ROBLES, FRANCISCO JOSÉ VIDAL MAESTRE, NATALIA ACOSTA CEBALLOS	
ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE ANCIANO CON CRISIS DE ANSIEDAD...	237

BEATRIZ SANTA MUÑOZ MORAL, MARTA IZQUIERDO PRADOS, MARIA REYES BRAVO, MARÍA TERESA GUIJARRO ROBLES, FRANCISCO JOSÉ VIDAL MAESTRE, NATALIA ACOSTA CEBALLOS

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR238

MARIA INMACULADA VAZQUEZ MARQUEZ, CRISTINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, YOLANDA QUINTANA DOMÍNGUEZ

LAS INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN239

MARÍA ALICIA IRUELA VIGIL, VIRGINIA MONGE GARCIA, BEATRIZ MESAS GALLARDO

RELACIONES AFECTIVO SEXUALES EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS ...240

SEBASTIÁN PÉREZ OLIVO, MARIA DEL CARMEN TORREJON DELGADO, PATRICIA RUIZ GONZALEZ

ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO EN EL ANCIANO CON TRASTORNO DE CONDUCTA.....241

SEBASTIÁN PÉREZ OLIVO, MARIA DEL CARMEN TORREJON DELGADO, PATRICIA RUIZ GONZALEZ

TÉCNICAS PARA EVITAR EL DETERIORO TISULAR EN EL ENVEJECIMIENTO .242

YOLANDA QUINTANA DOMÍNGUEZ, MARIA INMACULADA VAZQUEZ MARQUEZ, CRISTINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN EDAD AVANZADA243

CRISTINA ALARCON ORTEGA, MARIA DEL PILAR ABIO MARTINEZ, MARÍA ISABEL GALLEGO IGLESIAS, NOEMÍ GARRIDO TÉLLEZ

CONSECUENCIAS Y FACTORES DE LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO.....244

MARIA DEL MAR CAPILLA RABELL, VICTORIA DEL CARMEN RUIZ MONTERO, VIRGINIA LOPEZ EGEA

SÍNDROME DE BURNOUT EN AUXILIARES DE ENFERMERÍA245

JOSEFA BENITEZ CEPERO, ROSA MARIA SUAREZ RUIZ, LUCIA COBO GARRIDO

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO246

ANA ISABEL CONTRERAS ÚNICA, ADRIAN TORRES RODRIGUEZ, ARANCHA MEDINA DE CARA

ANÁLISIS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO247

MONICA REDONDO ESTEVEZ, SILVIA SUAREZ LAGAR, NEREA OTERO ESPAÑA

LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN ENFERMO DE ALZHEIMER248

MARIA ANGELES FERNANDEZ SILES, MARIA JOSE GARCIA FONTIVERO, FRANCISCA RAMOS CHAMORRO

LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO	249
EVA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, JAIRO ORVIZ RIVERA, ANALÍA GARCÍA BÉRTOLO	
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO: FACTORES DE RIESGO ...	250
LAURA RUIZ MOLINA, GUILLERMO SANCHEZ ZUÑIGA, MARÍA TERRÓN NAVAS	
LA AUTOLISIS EN LA SOCIEDAD GERIÁTRICA	251
ANA BELEN MARTINEZ RODRIGUEZ, MARÍA ROSA CAMACHO ABOLAFIO, VANESA CAMACHO ABOLAFIO	
CAMBIOS EN LA FARMACOCINÉTICA DURANTE EL ENVEJECIMIENTO	252
ANDRES REINOSO COBO, EVA ARANDA ALBARRACÍN, CARMEN CARMONA CARMONA	
LOS ACCIDENTES POR CAÍDAS EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO	253
ISABEL MARÍA GRACIA POVEA, ALBA ROMAN POVEA, ANA ALONSO ROMERO	
CASO CLÍNICO: HERIDA INFECTADA VERSUS ÚLCERA VASCULAR	254
LAURA HERNÁNDEZ GARCÍA, ROCIO LOZANO HERNANDEZ, JESÚS MANUEL MOYA DIÉGUEZ	
MANEJO DE LA DISFAGIA EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA HOSPITALIZADA	255
ALICIA JUAN LLAMAS, LAURA GARCÍA PÉREZ, PATRICIA BAREA AGUILAR, CRISTINA QUESADA RODRIGUEZ, ALBA ORTEGA FRANCO, HELENA FERRER GIMENO, SONIA PEREZ SOTILLO, SERGI NAVAS MARTINEZ, MARINA CRUZ CÁRDENAS, CARLOS RABAZA GRAU, NURIA BENET CERDÀ, LIDIA UBIERGO ARJONA	
DETECCIÓN DE MALOS TRATOS EN LAS PERSONAS MAYORES.....	256
SONIA MARIA SERRANO MALDONADO, JOSE MARÍA CARMONA MARTÍNEZ, MARIA DEL PILAR SALVADOR FERNANDEZ	
TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DEL ALZHEIMER EN PRIMERAS FASES	257
EMILIO SANCHEZ GOMEZ, MARÍA GAS HUERTAS, CARMEN MARIA PEÑALVER ALCARAZ, ANTONIO BOLUDA APARICIO, MIRIAM GUTIÉRREZ ABRIL, ANTONIO SANCHEZ DIAZ	
INTERVENCIÓN EN ARTROSIS DESDE TERAPIA OCUPACIONAL	258
MARIA DEL MAR REDONDO LOPEZ, LAURA RODRIGUEZ ESPINOSA, MARTA PÉREZ OLEGO	
BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ...	259
LAURA RUIZ MOLINA, GUILLERMO SANCHEZ ZUÑIGA, MARÍA TERRÓN NAVAS	
LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ALZHEIMER.....	260

ANABEL LANCHO MEDINA, ANA ISABEL CORTES CABEZA, OLGA VERS LOPEZ,
ISABEL PÉREZ VILLAFAINA, DOLORES GONZALEZ MARTIN, GLÒRIA JORBA
JEREZ, DAVID RUIZ SEMPERE, CRISTINA MESA ALJAMA, PURIFICACIÓN
ARREBOLA LÓPEZ, ROSA MONICA BLANCO CANSECO, HERMINIA ARJONA
JIMENEZ, RUBEN GONZALEZ SOTO

EFFECTOS BENEFICIOSOS DE LA MUSICOTERAPIA EN GERIATRÍA.....261

MARÍA DEL ROSARIO PORTILLO GALLEGO, ROCIO VELA AMADO, RAÚL MUÑOZ
CUENCA

PACIENTE VARÓN CON CÓLICO NEFRÍTICO262

MARIA JOSE RUIZ RUIZ, ESTEFANIA SANCHEZ ARANA, MACARENA SANCHEZ
CARDENAS

PROBLEMAS CON EL PACIENTE POLIMEDICADO ANCIANO.....263

ALEJANDRO ORTEGA HERNANDEZ, BEATRIZ RUEDA FERNANDEZ, SOFIA
SÁNCHEZ GONZÁLEZ

**BRONCOASPIRACIÓN POR DISFAGIA NEURÓGENA: A PROPÓSITO DE UN CASO
.....264**

MARIA ISABEL ANDUJAR LOPEZ, PATRICIA ROSALES LOPEZ, AIXA GRACIA
LARROSA, MARIA CARMEN CARMONA OROZCO, MARIA ISABEL OSUNA RUBIO

SÍNCOPE DE REPETICIÓN EN ANCIANO DE CENTRO SOCIOSANITARIO265

GABRIEL JESÚS ALMAGRO GUERRERO, IRENE GALAN RANEA, MIGUEL ÁNGEL
MARTÍNEZ BONHOMO

SARNA EN PACIENTE DE 72 AÑOS266

GLORIA BARBERO RAMIREZ, MARIA JOSEFA RUIZ MURILLO, ROSA MARIA
BARBERO RAMIREZ

**PARADA CARDIORRESPIRATORIA SECUNDARIA A ATRAGANTAMIENTO EN
PACIENTE ANCIANO267**

GABRIEL JESÚS ALMAGRO GUERRERO, IRENE GALAN RANEA, MIGUEL ÁNGEL
MARTÍNEZ BONHOMO

**IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN: AUXILIAR DE ENFERMERÍA-ANCIANO EN
UNA RESIDENCIA DE MAYORES268**

GLORIA BARBERO RAMIREZ, ROSA MARIA BARBERO RAMIREZ, MARIA JOSEFA
RUIZ MURILLO

CASO CLÍNICO: FRACTURA CADERA EN LA TERCERA EDAD269

YOLANDA GUIRADO GARCIA, LAURA CARRILLO BERMÚDEZ, ESTHER
COLLADOS RAMIREZ

EL USO DE ESPESANTE EN PACIENTES CON DISFAGIA A LÍQUIDOS270

ROSA MARIA BARBERO RAMIREZ, MARIA JOSEFA RUIZ MURILLO, GLORIA BARBERO RAMIREZ	
ASOCIACIÓN ENTRE DIABETES Y DEMENCIA EN POBLACIÓN ANCIANA	271
MARIA NADIA MARIN JIMENEZ, CAROLINA BASSO RUIZ, ESTEFANIA VIÑUALES CASAS	
HERPES ZÓSTER EN EL ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO	272
ESTHER VILCHEZ PIMENTEL, ANA BELEN CID SANCHEZ, M ALMUDENA RUIZ MORALES	
ANÁLISIS DEL RECHAZO A VACUNARSE EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA ...	273
MANUEL CALVILLO MAZARRO, CAROLINA LOPEZ CARRILLO, ANA GLORIA GARCÍA FLORES	
ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO INSTITUCIONALIZADO	274
FRANCISCO JOSÉ VIDAL MAESTRE, NATALIA ACOSTA CEBALLOS, MARÍA TERESA GUIJARRO ROBLES, MARTA IZQUIERDO PRADOS, MARIA REYES BRAVO, BEATRIZ SANTA MUÑOZ MORAL	
EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	275
JULIETA ROMERO VILLALBA, MARÍA SÁNCHEZ NAVARRO, MARINA MARTÍNEZ LÓPEZ	
EMPODERAMIENTO DE PERSONAS MAYORES EN RESIDENCIA.....	276
ROSA MARIA PEREZ GONZALEZ, ANGELA ROCES MENÉNDEZ, ANGEL JOSE CALVO DE DIOS	
MALTRATO EN EL ANCIANO: UNA PROBLEMÁTICA SOCIAL.....	277
VIRGINIA SÁNCHEZ DÍAZ, ALEJANDRO GONZALEZ INFANTES, TAMARA SANCHEZ AGUDO	
DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO RELACIONADO CON DESEQUILIBRIO VENTILACIÓN-PERFUSIÓN MANIFESTADO POR TOS NO EFECTIVA Y CIANOSIS	278
LUCIA ROJAS DIEGUEZ, ALBA RODRIGUEZ ALCÁNTARA, NOELIA PERAGON TRIGO	
PACIENTE PLURIPATOLÓGICO CON SOBREDOSIS DE SINTROM.....	279
LAURA GARRIDO UTANDA, ISABEL MARÍA LUCENA CABELLO, LAURA EXPOSITO VILLEGAS	
RESPUESTA FARMACOLÓGICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO	280
IRENE MORILLAS CÁMARA, ANDREA GOMEZ BENITEZ, MARÍA ESTHER PIÑERO SÁNCHEZ	

ASIMETRÍA FACIAL EN PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO PREVIO	281
MARÍA REYES ROSERO, MARÍA DEL SOL BLANCA SEGURA, ELOISA PIÑERO FLORES	
VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN LOS MAYORES	282
MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ MORENO, SERAFINA RUIZ REYES, ROSA MARIA AZOR GONZALEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS QUE SUFREN SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO	283
JAIME BELLIDO MANZANO, ELENA PISONERO ALONSO, MARIA DEL CARMEN JIMENEZ GAITAN, HECTOR TOMAS LOPEZ OLIVER, JORGE MARCOS PIRIS, BELÉN NUNCIO GONZALEZ, NATALIA SAMBOLA SANMARTIN, CRISTINA RODRIGUEZ RUIZ, JOSEP ORIOL PUIGCERCOS LOPEZ, VERONICA MUÑOZ CARRILLO, JORDI BONACHE OLIVER	
ALZHEIMER: ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD.....	284
SONIA VEGA ÁLVAREZ, SORAIMA MARÍA HUERGO FERNÁNDEZ, BORJA GONZÁLEZ MONTES, BEATRIZ GONZÁLEZ MONTES	
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN FRACTURA DE CADERA EN UN PACIENTE CON ALZHEIMER EN ESTADO AVANZADO	285
MARÍA DEL MAR FERNANDEZ GAZQUEZ, SANDRA GARCÍA CANO, ROSA MARÍA GEA RODRÍGUEZ	
TERAPIA PSICOLÓGICA PARA LA PREVENCIÓN DE NUEVAS CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR	286
NOEMÍ GIL FERNÁNDEZ, EMILIA GALINDO LOPEZ, JUAN CONTRERAS GOMEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALZHEIMER.....	287
FATIMA DE LOS REYES PALMA MARTINEZ-VILLASEÑOR, ROCIO MAYA DIAZ, MONTSERRAT ZAPATA HIDALGO	
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER	288
MARIA LEONOR SANCHEZ LOPEZ, SUSANA RIQUELME RIQUELME, LAURA MARTINEZ RUIZ, MARIA RUIZ MATEOS, ANDREA GARCIA RIVERA, MARÍA DEL MAR PARRA GONZÁLEZ, THAYS REGADERA FRUTOS, ISABEL COY LOPEZ	
IMPORTANCIA DE LOS CENTROS DE DÍA PARA REDUCIR LA DEPENDENCIA EN ANCIANOS	289
ALMUDENA RASTRERO RAMA, RAQUEL CORRAL BERBEL, ANA BELEN VARGAS OJEDA	

ABORDAJE INTEGRAL DE ÚLCERA POR PRESIÓN EN SACRO, EN PACIENTE GERIÁTRICO.....	290
ROCÍO GARCÍA CONTRERAS, FRANCISCO JESÚS OSUNA LUQUE, FRANCISCO RUBIO OSUNA	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON ESCOLIOSIS QUE PRESENTA UN PROCESO GRIPAL	291
ANDREA GARCIA RIVERA, SUSANA RIQUELME RIQUELME, MARÍA DEL MAR PARRA GONZÁLEZ, LAURA MARTINEZ RUIZ, MARIA RUIZ MATEOS, THAYS REGADERA FRUTOS, ISABEL COY LOPEZ, MARIA LEONOR SANCHEZ LOPEZ	
CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	292
MARIA DEL PILAR FERRER BUSTOS, MARÍA DE LAS NIEVES MINGORANCE MAROTO, ANA CAMACHO GONZALEZ DE AGUILAR	
ESTUDIO SOBRE LA DIABETES EN EL ANCIANO	293
MARIA JOSEFA RUIZ MURILLO, GLORIA BARBERO RAMIREZ, ROSA MARIA BARBERO RAMIREZ	
VISIÓN GLOBAL DE LA SEGURIDAD CLÍNICA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO	294
LAURA ISABEL DÍAZ CABELLO, ENCARNACIÓN UBAGO PALMA, ANGELES VICENTE PEREZ	
ALZHEIMER: DIAGNOSTICO PRECOZ, FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN	295
MARIA CANDELARIA BERMÚDEZ JIMÉNEZ, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA CUESTA, MARÍA TERESA CERVILLA SUÁREZ	
ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN INTRAHOSPITALARIAS	296
MAR CANALS PEDROLA, PATRICIA EGEA PINEL, MARÍA MOLERO MONSONÍS, JONATAN OLIMPO CARDENAS SUAREZ, YASMINA SERES FONTANET, MONTSERRAT PÀMIES LLOPIS, MARINA GÁLVEZ URIS, ROBERT LOZADA GUEVARA, MONTSERRAT LLAURADÓ VERNET, ANA CARABANTE MORATA, MARIA DE LOS REYES PONCELA GUTIÉRREZ	
REVISIÓN DE MEDICACIÓN EN ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO	297
NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO, ANTONIO CALDERÓN RODRÍGUEZ, MARCELINO ARRIAZA GESTOSO	
EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA AYUDA A LA ALIMENTACIÓN DEL ANCIANO.....	298
ELENA ROJAS HIDALGO, ROSA MARIA CASTRO ORTIZ, FRANCISCO CRUZ RIZOS	
LA IMPORTANCIA DE LA SEXUALIDAD EN LA TERCERA EDAD	299

MARIA ANTONIA CUENCA FONTAÑA, MARIA ROSALIA CABRAL DOMINGUEZ,
MARIA NIEVES SANCHEZ HERRERA

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL PACIENTE GERIÁTRICO300

MARÍA DOLORES GÁLVEZ FUENTES, CELIA ARÁNZAZU GARCÍA VALENZUELA,
MARIA DEL ROSARIO FUENTES VIÑOLO

**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL ANCIANO: CUIDADOS DE
ENFERMERÍA.....301**

MARÍA RUIZ ZAMBRANA, MARIA VICTORIA MARTINEZ ALCANTARA, CELIA
MARIA CORDOBA MORALES

PROBLEMA SOCIAL EN URGENCIAS: A PROPOSITO DE UN CASO302

MARIA CANO DELGADO, MARIA JESUS ARENAS PUGA, ANA MARÍA MARTÍN
TARRAGONA

LA DISFAGIA EN EL PACIENTE ANCIANO.....303

ELENA GARCIA MARTIN, SANDRA CHAVES MUROS, SILVIA ROSALES BELMONTE

ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON FECALOMA304

LAURA GUERRERO VALENTIN, ALICIA PINTOR CASTILLO, MARTA BEATRIZ
SANCHEZ SORIANO

**REVISIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN ANCIANOS POLIMEDICADOS E
INSTITUCIONALIZADOS305**

ANA BELÉN MORILLO MORA, SERGIO FERNANDEZ ESPINOLA, VIRGINIA
GONZÁLEZ ROSA

PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS.....306

MARIA ISABEL MARTINEZ CARRUANA, CRISTINA MARÍA GARCÍA-LÁEZ
CAMACHO, MARIA LOPEZ LORITE

CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICA.....307

JOSÉ JAVIER FERNÁNDEZ LEDESMA, CARMEN QUINTERO TORRES, MELODIA
LOPEZ ROMERO

**FÁRMACOS INADECUADOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO EN UN SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA308**

MARIA MENENDEZ FERNANDEZ

CANSANCIO EN EL ROL DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON ALZHEIMER.....309

MARÍA ELENA TORRES PÉREZ, MARIA TRINIDAD TORRES LOPEZ, MARIA JESUS
LUPIAÑEZ CALVENTE

**IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON DETERIORO
COGNITIVO310**

JAVIER SIERRA ANTEQUERA, ELENA PÉREZ LEÓN, MARTA SILVIA ROMERO
HERRERA

HIPOGLUCEMIA EN PACIENTE ANCIANO CON DIABETES MELLITUS311

YESICA ISABEL PEÑA MARTINEZ, MONTSERRAT CABELLO FERNANDEZ,
PATRICIA RODRIGUEZ JIMENEZ

**NECESIDAD DE PRIVACIDAD DE LOS RESIDENTES PARA LA EXPRESIÓN DE LA
SEXUALIDAD EN CENTROS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN312**

CRISTINA FUENTE MANSILLA, ALFONSO LEÓN RODRIGUEZ, ALICIA HOYO MENA,
VERONICA GARCIA PEREZ

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON ENFERMOS DE MOVILIDAD REDUCIDA...313

INMACULADA RODRIGUEZ CASTILLA, MARIA FERNANDEZ ALVAREZ, SILVIA
SALVAGO RUIZ

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERA TERMINAL DE
KENNEDY314**

DOLORES MARIA SEDANO PEREZ, CLARA YERBES GARCIA, MIGUEL ANGEL
GARCÍA TORRES

PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS CON CAÍDAS DE REPETICIÓN 315

EMILIO JOSE MEJIAS ARRIAZA, LIDIA MARTINEZ MARTINEZ, JOSE ANTONIO
SANCHEZ AMUEDO

**PREVALENCIA DE INSULINODEPENDIENTES EN PACIENTES
INSTITUCIONALIZADOS316**

EMILIO JOSE MEJIAS ARRIAZA, LIDIA MARTINEZ MARTINEZ, JOSE ANTONIO
SANCHEZ AMUEDO

PREVALENCIA DE SUJECCIONES EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS317

EMILIO JOSE MEJIAS ARRIAZA, LIDIA MARTINEZ MARTINEZ, JOSE ANTONIO
SANCHEZ AMUEDO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN PERSONAS MAYORES318

JUAN DE DIOS FERNÁNDEZ REYES, RAQUEL CASTILLA NIETO, MARGARITA
MARTÍNEZ RUBIO

SOBREINFECCIÓN RESPIRATORIA MÁS ENFISEMA PULMONAR.....319

ANA POZO CARRIQUE, MARTA JOSEFA PERAT PASCUAL, AGUSTIN SIERRA
BARBERA, EVA MARIA NAVARRA ZORITA

EPISODIO DE DIVERTICULOSIS EN PACIENTE ANCIANO320

JAIME MARÍA SÁNCHEZ PAYÁ, MARÍA BELÉN GONZÁLEZ DE LA ROSA, LUZ
MARIA ROJAS PALACIOS

EL TEMOR EN LA TERCERA EDAD: FRACTURA DE CADERA.....321

CARMEN RANEA TORREGROSA, SILVIA MANCEBO TORRES, CARMEN MARIA SANCHEZ PEREZ

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE ANCIANO CON DISFAGIA OROFARÍNGEA FUNCIONAL.....322

MARIA DEL CARMEN CLAVAÍN NOGALES, MIRIAN ACEVEDO PEREZ, MONTSERRAT SANCHEZ GARCIA DE QUIROS

CONTENCION MECANICA Y FARMACOLOGICA EN RESIDENCIAS ASISTIDAS..323

MARIBEL MONTORO ORTIZ, FÁTIMA FERNANDEZ GARCIA, MARIA MERCEDES CARRASCO RACERO

DIFERENTES MEDIDAS DE SUJECIÓN EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS..324

LIDIA MARTINEZ MARTINEZ, EMILIO JOSE MEJIAS ARRIAZA, JOSE MARIA GUERRERO ARANDA

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE SUJECIONES EN ANCIANOS325

LIDIA MARTINEZ MARTINEZ, EMILIO JOSE MEJIAS ARRIAZA, JOSE MARIA GUERRERO ARANDA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SONDA NASOGÁSTRICA EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS.....326

ROSA MARIA PERNIA MARISCAL, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MIGUELES, MARIA JOSE REINA DURAN

PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIOS EN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA327

CAROLINA MORENO GARRIDO, MARIA DEL MAR ROJAS NAVARRO, NATALIA RIVAS MARTÍN

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN ADULTOS MAYORES.....328

LAURA FUNES CASTILLO, CRISTINA MARTINEZ CASTILLA, MARINA CAÑADA GARCIA

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SARCOPENIA329

CARMEN ALICIA GRANERO SÁNCHEZ, ANA BELÉN SOTO QUILES, LORENA GARCÍA SÁEZ

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 512/2015 DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO RESIDENCIAL330

RAQUEL SÁNCHEZ DEL MORAL, MARÍA BEATRIZ CONTRERAS REY, MARÍA DE LAS MERCEDES ROMERO ALONSO

ESTADO NUTRICIONAL DEL ANCIANO FRÁGIL INSTITUCIONALIZADO331

BEATRIZ SOLÍS GALLEGO, SONIA ÁLVAREZ GONZALEZ, MARÍA ISABEL GONZÁLEZ CUETO, MARTA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNIDAD RESIDENCIAL PARA MAYORES	332
BÁRBARA MUÑOZ RODRÍGUEZ, JOSE FRANCISCO LOPEZ MANZANO, MARINA JAIME CERVILLA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RESIDENTES CON RIESGO DE CAÍDAS: GERIATRÍA.....	333
BÁRBARA MUÑOZ RODRÍGUEZ, MARINA JAIME CERVILLA, JOSE FRANCISCO LOPEZ MANZANO	
FACTORES DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN PERSONAS MAYORES	334
JUAN ANTONIO SOLÍS MONTERO, IVAN TAMARGO PLAZA, RAFAELA SOLÍS MONTERO	
CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PERSONAS MAYORES CON TRASTORNOS LOCOMOTRICES.....	335
PAULA OBESO BENITEZ, PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO	
VALORACIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN DE GRADO IV POR ENFERMERÍA.....	336
ANA ISABEL PUERTO DEL CANTO, VICTOR MANUEL CASADO GARRON, JULIO ALBERTO CLARO PONCE	
CELULITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO	337
MANUEL CRESPO LÓPEZ, MARINA CRESPO CAÑETE, MIGUEL ACEDO RIVERO	
REPERCUSIÓN DEL MALTRATO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES ..	338
MARIA JOSE GUARDIA SALMERON, ROSALIA LIROLA ACIEN, ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ	
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)	339
MARIA ORTIZ RAMIREZ, ROCIO SALMERON GARCIA, PAULA GIL PLAZA	
ÚLCERAS POR FRICCIÓN: CARACTERÍSTICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	340
ANGELES RAMOS MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ GARCIA, CELIA CRUZ COBO	

LA FIGURA DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE DESORIENTADO EN MEDICINA INTERNA

DIANA CAROLINA GALLEGRO DONOSO, MARTA MUÑOZ ESPINOSA, VICTORIA TEJADA DEL PINO

INTRODUCCIÓN: Es frecuente la desorientación al ingreso en planta de medicina interna por parte del paciente geriátrico, la plantilla de enfermería debe de saber, qué este tipo de episodios puede ocasionarse con frecuencia.

OBJETIVOS: Analizar los elementos que influyen en la desorientación del paciente en la planta de medicina interna.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión bibliográfica en PubMed (base de datos científica). Los descriptores usados son: “paciente, desorientación, medicina, interna, geriatría, enfermería, factores, elementos”. Aparecen 45 referencias y utilizamos 10 para desarrollar los resultados específicos.

RESULTADOS: Al ingreso del paciente geriátrico en medicina interna, el equipo de enfermería debe estar preparado para cualquier tipo de incidente. El paciente geriátrico accede de forma preocupada, con miedos e inquietudes. Al salir de su zona de confort y su hogar suelen bloquearse, aunque no es un indicador de un tipo de demencia, sino un trastorno temporal, en el que por lo general ocurre en horas nocturnas. Estos episodios se dan con frecuencia en la unidad de medicina interna, y la enfermera es aquella profesional que se encarga de calmar al paciente a través de la comunicación en primer lugar, y se procedería a un tipo de sujeción si así la situación lo requiere o medicación si el médico lo precisa.

CONCLUSIÓN: En la unidad de medicina interna existen numerosos casos, es una especialidad donde las personas mayores pueden sufrir cualquier tipo de trastorno, siendo la desorientación uno de los más producidos. El equipo de enfermería debe estar preparado, así como saber cómo actuar ante pacientes de esta índole.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, PACIENTE, DESORIENTACIÓN, MEDICINA, INTERNA.

ENFERMERÍA Y LA PERCEPCIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES

VICTORIA TEJADA DEL PINO, MARTA MUÑOZ ESPINOSA, DIANA CAROLINA GALLEGO DONOSO

INTRODUCCIÓN: Los malos tratos hacia las personas mayores, desgraciadamente ha existido siempre, ya que son una figura en la familia que están limitados y necesitan de unos cuidados específicos. La visión de enfermería ante la violencia hacia personas mayores desarrolla una gran labor.

OBJETIVOS: Determinar qué indicadores afirman que una persona mayor ha sido maltratada por su familia, cuidadores o tutores legales, en el momento que acuden a un centro hospitalario.

METODOLOGÍA: Revisión literaria, bajo la búsqueda de internet, en las bases de datos PsycInfo y Pubmed. Los descriptores son: “violencia, maltrato, geriatría, actuación, indicadores, enfermería”. Aparecen un total de 34 artículos literarios relacionados y se captan 15 para la redacción de la revisión bibliográfica.

RESULTADOS: El personal de enfermería son los primeros profesionales que atienden al paciente al ingreso del centro sanitario, por tanto, debe estar alerta bajo unos indicadores de violencia. Se les realiza una serie de preguntas concretas con respecto a la convivencia, la calidad de vida y el entorno de la persona mayor. Si presenta contusiones, hematomas, heridas, se les preguntará por ellas, con el fin de identificar indicios de maltrato. Esta entrevista se realizará en privado, sin que el cuidador o familiar esté presente.

CONCLUSIÓN: Los indicadores son primordiales a la hora de detectar cualquier tipo de maltrato, siendo el maltrato a personas mayores de los más frecuentados a lo largo de la historia. El personal de enfermería posee una gran responsabilidad, ya que aunque no puedan ser diagnosticados por los mismos, debe de comunicarle al médico todas las anomalías observadas, tanto superficialmente como psicológicamente.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, MALTRATO, PERSONAS, MAYORES.

EL MALTRATO FÍSICO AL ADULTO MAYOR

MIGUEL VILCHEZ ALONSO, MARÍA DOLORES CAZALLA CADENAS, MARÍA TERESA TORRES PRADOS

INTRODUCCIÓN: El maltrato de las personas mayores es un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, y se produce en una relación basada en la confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia puede ser por razones económicas o materiales; el abandono; la negligencia etc. El maltrato de las personas mayores es un problema importante de salud pública.

OBJETIVOS: Los objetivos de este trabajo es identificar las formas de convivencia de nuestros mayores frente al rechazo o maltrato psicológico que puedan recibir de su familia o del personal donde están institucionalizados.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión bibliográfica realizada en Medline, a través de Pubmed. La estrategia de búsqueda utilizada ha sido: "maltrato, institucionalización, personas mayores"[Majr] AND ("Health"[Majr] OR "Health Status"[Mesh: NoExp]) OR wellbeing). Para centrar la búsqueda en personas mayores se utilizó el filtro de edad "Aged: 65+ years". Además se limitó la búsqueda a los últimos 10 años y se descartaron aquellos artículos que no disponían de resumen.

RESULTADOS: En los resultados los estudios consultados analizan las formas de convivencia y los factores asociados a su transición de unas a otras (vida con familiares maltratadores física o psíquicamente, en residencias donde son maltratados por los propios empleados, etc.). El balance de intercambios/contactos con distinto personal sean familiares o no también es analizado, siendo, de forma universal, creciente. A esta tendencia general, se suman las rupturas derivadas de la cada vez mayor "globalización laboral" de los hijos. Estas "relaciones fracturadas" están produciendo un descuido de las personas mayores y bien por el estrés laboral o personal siempre terminan pagando el pato o problema con las personas mayores e indefensas que tienen a su alrededor porque piensan que son un estorbo para ellos. Se trata del tema más frecuentemente tratado en esta revisión. Numerosos artículos examinan el mal cuidado y su impacto en la salud de los mayores.

CONCLUSIÓN: En la conclusión la importancia que para los mayores tiene "dar cariño" y "recibir cariño" de los hijos sugiere la necesidad de no ser apartados del núcleo familiar, ni de las políticas sanitarias dirigidas a nuestros mayores, el ser respetados por todos y no marginarlos ni abandonarlos y lo que es peor, nunca maltratarlos ni físicamente ni psíquicamente. Por otra parte tenemos que hacer que la gente cambien el chip para convertir ese maltrato en cariño y apoyo a nuestros mayores y a ese personal de residencias hacerle ver que sí no fuese por nuestros mayores que necesitan cuidado, cariño y comprensión, ellos no tendrían un puesto de trabajo, así que concienciamos a todo el mundo a respetar la dignidad del adulto mayor. Referente a la discusión, viendo los resultados de otros artículos y comparándolos con mi trabajo he llegado a la conclusión que tanto en uno como en otro hablamos del maltrato al adulto mayor y de cómo hay que cortar ese tipo de relación tanto por parte de los familiares como de los trabajadores y hacer que nuestros mayores se sientan felices y confortables allá donde estén.

PALABRAS CLAVE: FORMAS DE CONVIVENCIA FAMILIAR, MALTRATO, PERSONAS MAYORES, RESIDENCIAS, SALUD PÚBLICA.

INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA PARA TRATAR LA DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

EMILIA GOMEZ RODRIGUEZ, MATILDE LOPEZ LEYVA, ANA BELEN DIEGUEZ JULIA

INTRODUCCIÓN: La demencia con cuerpos de lewy ocurre por acumulación de estructuras anormales en el cerebro denominadas cuerpos de lewy. Es una de las causas mas comunes de demencia en los ancianos. La DCL a veces no se diagnostica de manera correcta debido a su parecido sintomatológico con otras enfermedades como el alzheimer y el Parkinson. La demencia por cuerpos de Lewy empeora con el tiempo y no tiene cura ,solo podremos ralentizar su avance con tratamiento farmacológico como los (IACE) que mejoran los síntomas cognitivos y neuropsiquiaticos.

OBJETIVOS: Evaluar el uso de los inhibidores de la acetilcolinesterasa en la demencia con cuerpos de Lewy.

METODOLOGÍA: Es una revisión bibliográfica del registro especializado del grupo Cochrane de demencia y mejora cognitiva de febrero de 2002. Contiene registros de todas las principales bases de datos de atención médica periódicamente actualizados.

RESULTADOS: Hubo un ensayo donde se incluyó rivastigmina comparando con placebo en 120 pacientes. Los resultados primarios de interés se centraron en las siguientes áreas: mejoría de los síntomas psiquiátricos ,función cognitiva, funcionamiento social, trastornos del comportamiento y actividades de la vida diaria. Se midió la seguridad de efectos secundarios, rechazo al tratamiento y efectos adversos. El análisis mostró superioridad en el grupo tratado con rivastigmina frente al grupo placebo a las veinte semanas.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con DCL con síntomas cognitivos y neuropsiquiátricos pueden salir beneficiados con el tratamiento con rivastigmina si la toleran. Seria conveniente hacer mas ensayos con rivastigmina y otros (IACE) en el tratamiento de la demencia con cuerpos de Lewy.

PALABRAS CLAVE: CUERPOS DE LEWY, DEMENCIA, SNC, SÍNTOMAS COGNITIVOS.

INTOXICACIÓN POR DIGOXINA ASOCIADA A HIPONATREMIA

ANA MARÍA GONZÁLEZ PEREZ, CRISTINA SANABRIA LOZANO, ELENA PACHECO CABALLERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 83 años con Diabetes Tipo II, Hipertenso, anticoagulado con Sintron y toma digoxina por Fibrilación auricular diagnosticada hace 1 año junto con furosemida. Es traído a urgencias del hospital, debido a que la familia lo encuentra hace días confuso, con vómitos y diarreas, ha perdido el apetito y el paciente manifiesta que se encuentra muy acelerado ve borroso. Confunde colores y afirma ver un halo amarillo alrededor de algunas personas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le realiza un Electrocardiograma resultados compatibles con una intoxicación por digoxina y una analítica completa donde se observan los siguientes niveles alterados de digoxina 2.4 Ng/ml, Na 98 mEq/L. Glucemia de 140mg/dl. Exploración abdominal abdomen blando, con ruidos y peristaltismo aumentado. Exploración neurológica, el paciente se encuentra desorientado y somnoliento. Exploración respiratoria FR 18 rpm y algo disneico. Se le realiza RX de Tórax totalmente normal.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación por digitálicos asociado a hiponatremia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome confusional Agudo, Gastroenteritis, Demencia.

PLAN DE CUIDADOS: Instruir al paciente sobre signos y síntomas de alarma y las actuaciones a seguir ante ellos Asegurar una buena reposición hidroelectrolítica al paciente. Utilizar barandillas laterales de seguridad, si es necesario. Vigilar el nivel de consciencia, reflejo de tos, reflejo de gases y capacidad deglutiva.

CONCLUSIONES: Gracias al diagnóstico temprano de Intoxicación por digoxina, se procederá a la reposición hidroelectrolítica del paciente. Así como asegurar la integridad del paciente durante su hospitalización. La correcta educación sanitaria al paciente y familiares para detectar signos y síntomas que hagan sospechar de complicaciones será algo fundamental.

PALABRAS CLAVE: GERIATRÍA, ANCIANO, INTOXICACIÓN, HIPONATREMIA.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

ROCIO PAZ ORTIZ, MARÍA DE LA PAZ FERNÁNDEZ MOLINA, ANA SÁNCHEZ MAESTRE

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las enfermedades más comunes, su prevalencia aumenta con la edad, y comporta una alta morbilidad y mortalidad en la población anciana. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad pulmonar común y causa dificultad para respirar, ya que el flujo de aire que entra y sale de los pulmones está parcialmente obstruido.

OBJETIVOS: Determinar las características de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica para dotar al profesional sanitario de los conocimientos necesarios para atender adecuadamente estos enfermos.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la literatura, consultadas en las bases de datos de Dialnet, Scielo y Cuiden. Los descriptores utilizados fueron: “Enfermedad pulmonar obstructiva crónica”, “síntomas”, “causas” y “tercera edad”. Los criterios establecidos fueron: Estudios que analicen las complicaciones de pacientes con EPOC de la tercera edad; periodo temporal comprendido entre 2012-2017; con acceso a texto completo en castellano. Siendo seleccionados 1 artículo.

RESULTADOS: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica afecta fundamentalmente a varones, fumadores y ex-fumadores, de más de 40 años. Se han clasificado varios tipos de EPOC : Bronquitis crónica: Inflamación de las vías aéreas y un aumento en la producción de moco, como respuesta del organismo ante estímulos nocivos como el humo del tabaco. Enfisema: Se caracteriza por la destrucción de la pared de las vías aéreas de menor tamaño llamadas alvéolos, lo que dificulta el adecuado intercambio de oxígeno en los pulmones. EPOC-Asma: Pacientes que combinan la definición de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pero cuyas descompensaciones se suelen caracterizar por crisis asmáticas, y por tanto, reversibles con tratamiento adecuado. Desde el punto de vista de la espirometría diagnóstica, presentan una obstrucción al flujo aéreo, pero con cierta reversibilidad si se aplica un determinado tratamiento broncodilatador.

CONCLUSIÓN: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica afecta sobre todo a personas con una larga historia de tabaquismo, y se caracteriza por tos, expectoración y dificultad para respirar. Aunque se trata de una afección crónica, unos buenos hábitos mejoran su pronóstico, afecta fundamentalmente al aparato respiratorio, no es reversible. Principales síntomas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son la tos, habitualmente con moco, y la dificultad para respirar o disnea (éste es el principal síntoma de la enfermedad y el que origina mayor deterioro en la calidad de vida de estos pacientes). En estadios más iniciales, aparecen sobre todo al hacer ejercicio, y en estadios más avanzados y en las reagudizaciones pueden afectar incluso a actividades de la vida cotidiana como vestirse, asearse o comer. Otros síntomas son: dolor torácico, la escucha de pitos o sibilancias al respirar o reír, y en las etapas más avanzadas suelen presentar una pérdida de peso progresiva y pérdida de apetito. El tratamiento de esta enfermedad consiste: en disminuir la progresión de la enfermedad, aliviar y tratar los síntomas y las reagudizaciones, mejorar la calidad de vida de los pacientes, y disminuir la mortalidad.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, CAUSAS, TERCERA EDAD, SÍNTOMAS.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR EN CENTROS RESIDENCIALES DE LA TERCERA EDAD

MARÍA DE LA PAZ FERNÁNDEZ MOLINA, ANA SÁNCHEZ MAESTRE, ROCIO PAZ ORTIZ

INTRODUCCIÓN: Las precauciones estándar tienen por objetivo reducir la transmisión de microorganismos patógenos, siendo el pilar clave, para el control de las bacterias multirresistentes en centros residenciales de la tercera edad.

OBJETIVOS: Determinar las medidas estándar para la prevención de transmisión de microorganismos para dar a conocer al personal sanitario.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de publicaciones científicas, consultadas el día 31/11/2017 en las bases de datos de Dialnet y Scielo, bajo los descriptores “precauciones estándar”, “microorganismos resistentes”, “enfermería” y “centros de la tercera edad”, siendo los criterios de inclusión: 1) Estudios que analicen las precauciones estándar; 2) Idioma Castellano; 3) Fechados entre el año 2009 y 2017 y 4) texto completo.

RESULTADOS: 1. Procedimiento. 2. Ejemplo. 3. Higiene de manos. 4. Guantes. 5. Bata. 6. Mascarilla. 7. Protección ocular. (1)1. No contacto-2. Hablar con el residente-3. No-4. No-5. No-6. No y 7. No. (2)1. Contacto con piel intacta o ropa no manchada-2. Exploración física, toma de constantes-3. Aplicar los 5 momentos de la OMS-4. No-5. No-6. No y 7. No (3)1. Contacto o posibilidad de contacto con piel no intacta,fluidos... -2. Extracciones, curas...-3. Aplicar los 5 momentos de la OMS-4. Si-5. No, salvo cura de herida extensas o riesgo de salpicadura-6. No, salvo riesgo salpicadura y 7. No, salvo riesgo de salpicadura. (4)1. Posible contacto con secreciones respiratorias-2. Aspiración de secreciones, terapia respiratoria... -3. Aplicar los 5 momentos de la OMS-4. Si-5. Si, salvo cura de herida extensas o riesgo de salpicadura-6. Si y 7. Si Los 5 momentos de higiene de manos de la OMS son: 1. Antes del contacto con el residente 2. Antes de realizar una tarea limpia o aséptica 3. Después del riesgo de exposición a fluidos corporales 4. Después del contacto con el residente 5. Después del contacto con el entorno del residente.

CONCLUSIÓN: Los residentes de este tipo de centros, son de avanzada edad, en muchas ocasiones portan sondas vesicales, presentan úlceras, abundantes visitas o ingresos hospitalarios..., todo esto propicia que los centros residenciales sea el lugar perfecto para contagio de infecciones, surgiendo inclusive microorganismos resistentes, por eso es fundamental para el personal sanitario conocer y llevar a cabo las precauciones estándar.

PALABRAS CLAVE: PRECAUCIONES ESTÁNDAR, MICROORGANISMO RESISTENTES, ENFERMERÍA, CENTROS DE LA TERCERA EDAD.

URGENCIAS ANTE PACIENTES FRÁGILES CON RABDOMIOLISIS

SOLEDAD EUGENIA LÓPEZ ANTÚNEZ, NOEMÍ FERNÁNDEZ DÍAZ, RAQUEL LÓPEZ ALCOHOLADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 91 años dependiente parcial para las actividades de la vida diaria, tiene una cuidadora. No necesita andador para deambulación pero camina con dificultad. Antecedentes personales: AIT hace 3 años, Angina de pecho, hipoacusia (usa audífonos). No alergias medicamentosas. Acude al servicio de urgencias acompañado por su hija porque se lo encontraron tirado en el suelo de su casa semi inconsciente. Episodio de incontinencia urinaria. No se sabe constatar cuánto tiempo estuvo en el suelo, la última vez que lo vieron estaban en la calle el día anterior. A su llegada TA: 170/80; FC: 81; TC: 37.2; SO2: 97. Se procede con tratamiento antiagregante

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: Consciente, orientado en espacio, tiempo y persona. Colaborador. Auscultaciones normales. Se realiza analítica de sangre con una CK 1323 con función renal normal. Tx tórax sin hallazgos evidenciables. Se ingresa en el área de observación para rehidratación y realización de TAC de cráneo sin contraste: Área hipodensa que afecta a sustancia blanca periventricular y zona de los ganglios de la base derecha en relación con patología isquémica en territorio profundo de ACM derecha.

JUICIO CLÍNICO: ACV isquémico y Rabdomiólisis con función renal normal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Mioglobinemia, síndrome compartimental.

PLAN DE CUIDADOS: Se procede a ingreso en planta para observación y rehidratación.

CONCLUSIONES: Conclusiones: Una de las consecuencias de que los ancianos vivan solos es que si se caen y no puedan levantarse por muchos factores determinantes, es que se deshidratan depende del tiempo que estén en el suelo y provocan una rabdomiólisis, por eso la importancia de la teleasistencia en estos pacientes, en Andalucía existe ya desde hace muchos años dando muy buenos resultados para este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, ANCIANOS, RABDOMIOLISIS, CAÍDA.

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LAS PERSONAS MAYORES

MARIA DEL CARMEN BELLIDO MORALES, MARIA DOLORES DIAZ BRAVO, JUAN DE LA CRUZ SANIGER VALDIVIA

INTRODUCCIÓN: Las caídas provocan lesiones importantes y fracturas que en los pacientes de edad geriátrica conllevan una larga y difícil rehabilitación, pudiendo llegar a ser en ocasiones fatales. Es por ello que constituyen un síndrome geriátrico de gran importancia por su alta incidencia y su elevada morbimortalidad.

OBJETIVOS: Determinar la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la prevención de caídas en las personas mayores.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de Medline, Dialnet, Cochrane, Cinahl y Scielo.

RESULTADOS: Uno de los objetivos principales de la geriatría es conseguir un envejecimiento óptimo para poder aumentar y mantener la autonomía de la persona mayor. Las intervenciones del TCAE se fundamentan con un enfoque hacia la prevención, acciones de promoción a la salud, limitación del daño y rehabilitación temprana.

CONCLUSIÓN: Las consecuencias de las caídas pueden ser muy limitadores para las personas longevas, y a menudo hasta fatales. Los principales problemas son heridas graves como fracturas y traumatismo craneoencefálico, así como ansiedad, depresión y el llamado “miedo a caer”, que también puede acometer a ancianos sin antecedentes de caídas. Desde una visión enfermera hay que ayudar a potenciar la autonomía de la persona mayor para conseguir incrementar una mayor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: PERSONAS MAYORES, CAÍDAS, PREVENCIÓN, ACTUACIÓN.

REVISIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

YOLANDA CASTILLO PEREZ, ANGELA TORRES BERNAL, NURIA EGEA JAEN, JOSE ANTONIO MANSILLA JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: El incremento de la esperanza de vida, origina que los individuos estén alcanzando edades que eran impensables. La baja natalidad es otro factor que está originando un aumento del envejecimiento de la población. Ha aumentado así mismo el número de personas octogenarias. El desarrollo actual y futuro de los servicios de teleasistencia en el hogar, es una preocupación de interés creciente para las instituciones públicas y privadas, entidades sanitarias y sociales, así como para sus potenciales beneficiarios.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión es analizar la evolución de la teleasistencia y sus ventajas.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos siguientes: Scielo, Cuiden, Instituto Nacional de Estadística y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

RESULTADOS: La mayoría de personas mayores desean vivir en su entorno, pero las familias no disponen de tiempo para cuidarlas ó viven lejos, suponiendo un problema social la soledad que estos hechos generan. La existencia del servicio de teleasistencia responde a esta situación desde la década de los ochenta. La intervención rápida en caso de alerta o empeoramiento del estado de salud se percibe por la persona como uno de los mayores beneficios de este servicio, sin olvidar otros aspectos positivos como son el aumento de su capacidad de acceso a los cuidados sociosanitarios y el aumento de la sensación de seguridad y confianza percibida. Los sistemas que están surgiendo y en proceso de investigación de este servicio, contemplan el uso de redes de sensores y dispositivos que permitan la monitorización de datos clínicos y alerta con capacidad de comunicación móvil.

CONCLUSIÓN: Las personas mayores expresan su preferencia a la atención domiciliaria frente a la institucionalización. La teleasistencia se perfila para las personas mayores y/o con discapacidad, que no necesiten de atención permanente, como la herramienta de contacto inmediato en caso de necesidad.

PALABRAS CLAVE: TELEASISTENCIA, CUIDADOS, GERIATRÍA, REVISIÓN.

INTEGRIDAD CUTÁNEA Y NUTRICIÓN: ÚLCERAS POR PRESIÓN

ROSARIO MARTIN FERNANDEZ, IRENE FERNANDEZ MUÑOZ, VIRGINIA RIVAS ALCALA

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP), afecta al 10% de pacientes ingresados y supone costes muy considerables. En España, la media de prevalencia en hospitales es del 8,8%. Un estado nutricional deficiente, asociado a deshidratación y pérdida de peso, hace que la piel sea más frágil, por lo que será menos resistente a factores extrínsecos, como la presión. Un buen soporte nutricional y de hidratación no sólo favorece la cicatrización de las úlceras, sino que también puede evitar la aparición de éstas, al igual que las complicaciones locales, como la infección, teniendo por lo tanto un efecto preventivo y curativo a la vez.

OBJETIVOS: Determinar la dieta que debe seguir un paciente con úlceras por presión.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de publicaciones científicas en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado han sido: nutrición, upp, cutánea y salud.

RESULTADOS: El objetivo principal de la intervención nutricional es corregir la malnutrición proteico-energética. La dieta de un paciente con upp deberá garantizar los siguientes aportes nutricionales: Requerimientos calórico-proteicos: pacientes con UPP requieren dosis entre 1.25-1.50G de proteína/kg/día. Agua: Se aconseja un consumo de al menos 30 ml de líquido/kg/día. Vitamina A (retinol), ayuda a la curación de úlceras, Interviene en la respuesta inmunitaria y procesos de epitelización de heridas, aumentando la cantidad de colágeno. Vitamina C (ácido ascórbico), es necesario para la síntesis de hidroxiprolina, componente primordial del colágeno. También aumenta la respuesta inmune. El ácido fólico está involucrado en la regeneración de la piel y la cicatrización. Minerales. El zinc es esencial para la síntesis proteica (colágeno) y para la regeneración de tejidos. También intervienen el hierro, necesario para la hidroxilación de lisina y prolina en la formación de colágeno.

CONCLUSIÓN: El estado nutricional y la presencia de algunos aminoácidos han demostrado tener una gran importancia en la recuperación y cicatrización de las lesiones. La suplementación nutricional produce una disminución del riesgo de desarrollar UPP en pacientes de riesgo.

PALABRAS CLAVE: NUTRICIÓN, UPP, SALUD, CUTÁNEA.

FRACTURA DE CADERA EN LOS ANCIANOS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

LUCIA VELEZ GONZALEZ, MANUEL JESUS VELEZ GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: La fractura de cadera constituye un problema de salud pública importante por su frecuencia, coste y riesgo. Este tipo de fractura es muy común entre la población geriátrica, debido a sus problemas normales que van adheridos al envejecimiento, tales como la pérdida de visión y la pérdida auditiva, por lo que se precisa de intervenciones quirúrgicas de manera temprana. Las intervenciones del personal de enfermería en el post-operatorio del paciente con fractura de cadera son muy importantes para el fomento del autocuidado, durante la estancia hospitalaria, así como después en su domicilio.

OBJETIVOS: Establecer cuáles son los cuidados de enfermería.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado los siguientes descriptores: cuidados, enfermería, fractura de cadera, anciano.

RESULTADOS: Las intervenciones que realiza enfermería en el paciente con fractura de cadera van encaminadas al asesoramiento del paciente y de la misma familia sobre la rehabilitación y en la aplicación de estrategias para el afrontamiento de carácter psico-social dirigido a suprimir el miedo en el paciente a las posibles secuelas y también al cansancio del cuidador principal. Con la aplicación de planes de cuidados enfermeros según el modelo de Gordon se manifiesta que es de utilidad para que los pacientes vuelvan a un nivel tipo funcional que tenían previo a la lesión lo más rápido posible y así se facilite su reintegración en el entorno social, tanto del paciente como de la familia.

CONCLUSIÓN: Es importante el inicio de una rehabilitación por parte de enfermería y ésta debe de ser continuada y supervisada por la familia en el domicilio para poder así obtener una mejoría del paciente temprana y poder así evitar complicaciones. La rehabilitación del paciente debe de ir acompañada también de las técnicas necesarias en el afrontamiento eficaz de tipo psico-social dirigidas tanto al paciente como a la persona que se manifestó como el cuidador principal del sujeto. Los profesionales de enfermería deben de actualizar sus conocimientos.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, FRACTURA DE CADERA, ANCIANO.

ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

MARIA DOLORES ALCAZAR BELCHI, MARÍA SANCHEZ GARCÍA, JUANA ELVIRA FAURA COLLADOS, MARIA LUZ GARCÍA ROMERO, VIOLETA OLMOS GARRIDO, ILUMINADA RAMIREZ LORENZO, REMEDIOS LORCA MARCOS, MARÍA ASCENSIÓN ESPARZA HERNANDEZ, CARIDAD DIAZ MICOL, ESTRELLA CULEBRAS PÉREZ, VIRGINIA CASAS RODRÍGUEZ, MARIA DOLORES PEREZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: Entendemos como “caída” la pérdida involuntaria del equilibrio, teniendo como fin el choque del cuerpo con la tierra u otra superficie que lo detenga. Según la OMS sería la causa o consecuencia por cualquier hecho que hace que el paciente se precipite hacia el suelo en contra de su voluntad. Las caídas son un importante problema de salud pública, sobre todo en los mayores de 65 años, son los más vulnerables, estas caídas necesitan ser atendidas, lo que conlleva un gasto sanitario, aparte del impacto discapacitante en la personas.

OBJETIVOS: Conocer los métodos para minimizar las caídas y examinar la efectividad del personal de enfermería frente a la prevención de caídas.

METODOLOGÍA: Búsqueda y revisión bibliográfica en: Scielo, PubMed, Medline, Cochrane. Seleccionando artículos con antigüedad menor a 5 años incluyendo estudios donde enfermería esta involucrada en la investigación y prevención de caídas. Los descriptores utilizados han sido: Prevención, mayores, barreras, caídas.

RESULTADOS: Siempre se reflejada la importancia de la enfermera en la prevención de las caídas. Existen numerosos programas diseñados para reducir la incidencia de caídas en mayores y eludir sus efectos. La secuela más importante de las caídas es la fractura de cadera, por la pérdida de autonomía e invalidez que supone. Las evaluaciones de enfermería pueden ayudar a diseñar planes de cuidados que disminuyan el riesgo de caídas. La forma más eficaz de prevenir las caídas es programar ejercicios para mejorar la fuerza muscular y el equilibrio. Utilizar barreras de protección así como dispositivos puede ser muy útil para la prevención de caídas.

CONCLUSIÓN: Enfermería tiene un papel de gran relevancia en la prevención, control y seguimiento de las caídas puede ayudar a desarrollar herramientas que ayuden a adecuar el entorno, disminuir comportamientos de riesgo, identificar peligros de caídas, todo ello para eludir las posibles consecuencias que conlleva una caída a nivel físico, psicológico, funcional, social, familiar e incluso económico.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, MAYORES, BARRERAS, CAÍDAS.

ATENCIÓN ENFERMERA A PACIENTE CON HERNIA INGUINAL

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SABIO, EVA GARCÍA JIMÉNEZ, LAURA GALVEZ HERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 72 años de edad que acude a consulta de cirugía general, derivado por médico de atención primaria, para valoración de abultamiento en zona inguinal derecha por lo cual el paciente refiere dolor, tratándose de probable hernia inguinal. Entre sus antecedentes médicos cabe destacar enfermedad renal crónica, HTA con cardiopatía hipertensiva, hiperparatiroidismo primario sin precisar cirugía tras ser estudiado, dislipemia, gota, EPOC, estenosis de uretra, diverticulitis aguda en 2005, exfumador, no alergias conocidas. En tratamiento crónico con enalapril, trazodona, cloracepato dipotasico y paracetamol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración se le toman constantes vitales, cuyos valores están dentro de la normalidad, se explora abultamiento en la ingle, el cual se presenta moderado, protruye con maniobra de Valsava y en bipesdetacion.

JUICIO CLÍNICO: Paciente con hernia inguinal derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ganglio linfático, quiste sebáceo, hidradenitis, varices safena, absceso del psoas, hematoma.

PLAN DE CUIDADOS: Dolor agudo r/c agente biológico m/p manifestación del propio paciente de la sensación de dolor NOC control del dolor, NIC administración de analgésicos. Ansiedad r/c enfermedad m/p expresión de preocupación de tener que ser intervenido en quirófano NOC control de la ansiedad y del miedo, NIC escucha activa, enseñanza individual, técnica de relajación.

CONCLUSIONES: Una hernia es un saco formado por el revestimiento de la cavidad abdominal (peritoneo). El saco pasa a través de un agujero o área débil en la capa fuerte de la pared abdominal que rodea el músculo, denominada fascia, el tipo de hernia depende del lugar donde se produce. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, HERNIA, INGUINAL, ENFERMERÍA.

ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

MARTA OÑA ALARCÓN, ÁNGEL GARCÍA CANO, SONIA AMATE BERENGUEL

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen debido al paso del tiempo. Supone una disminución de la capacidad de adaptación de los órganos, aparatos y sistemas, y la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo.

OBJETIVOS: Describir los cambios fisiológicos más significativos que se producen en el proceso de envejecimiento.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de los descriptores: reflujo gastroesofágico. Consultando las bases de datos de ciencias de la salud Pubmed y Medline. El tipo de fuente seleccionada han sido revistas científicas. Se han revisado artículos publicados en los últimos cinco años.

RESULTADOS: El paso del tiempo modifica el aspecto físico y fisiológico. Los más significativos son: En el esqueleto, se produce la pérdida de tejido óseo, los discos intervertebrales se hacen más estrechos y las vértebras se aproximan. En los pulmones se duplica el volumen residual, perdiendo capacidad respiratoria. Los riñones pierden capacidad para limpiar la sangre porque se pierden muchas nefronas, perdiendo velocidad de filtración. En el aparato digestivo disminuye la secreción de saliva y jugos gástricos. La digestión se hace más difícil y cuesta absorber el hierro y el calcio. El corazón su pared se hace más delgada, las válvulas se endurecen. Aumenta el grosor de la pared más interna de las arterias, que se estrechan y provocan problemas circulatorios. El ritmo cardíaco, el pulso disminuyen.

CONCLUSIÓN: El envejecimiento está asociado a dos procesos superpuestos y que llevan a la muerte del organismo: la degeneración progresiva de las células y la pérdida de la capacidad regenerativa. Durante el proceso de envejecer, cualquier aparato del organismo, tiene modificaciones derivadas del uso, y de las enfermedades acumuladas durante la vida, sumadas a factores de riesgo y ambientales a los que el individuo ha estado expuesto.

PALABRAS CLAVE: ENVEJECIMIENTO, CAMBIOS DURANTE EN EL ENVEJECIMIENTO, CONSECUENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO, CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO.

ENFERMERÍA ANTE LA SOLEDAD DEL ANCIANO

RAQUEL CARRETERO BLANCO, ESTEFANÍA DURÁN FERNÁNDEZ, ESTHER REBOLLO BARRAGAN

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento mundial es un fenómeno constatado. Se estima que para el 2025 existan alrededor de 1200 millones de ancianos. La soledad es el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, no se sabe por qué, a este mundo; es la constatación de que no se tienen las oportunidades y las satisfacciones que tienen los demás. En la vejez, se acompaña de una serie de pérdidas, trabajo, status social, cónyuge... , Esto facilita la soledad. Aunque la adsoled no produce síntomas graves exteriores, quienes la padecen afirman que es una experiencia desagradable, asociada a angustia, mal humor, rechazo.

OBJETIVOS: Describir el problema de la soledad en el anciano y ver las circunstancias que pueden acarrear la causa de este sentimiento en el proceso de la vejez.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, consultando portales como Medline y Cochrane Plus, incluyendo sólo artículos recientes.

RESULTADOS: Aunque sólo el 8% de los ancianos reconoce sentir soledad, tras esta consulta, se ha visto que el porcentaje es mayor, muchos de ellos ocultan este sentimiento por no herir a seres queridos. Los resultados obtenidos corroboran que enfermería tiene las herramientas adecuadas para la detección de factores de riesgo como la soledad.

CONCLUSIÓN: Debemos conocer los recursos y estrategias con el fin de prevenir, detectar y tratar la soledad. Se debe promover la autonomía en el anciano, potenciar la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, SOLEDAD, PAPEL DE ENFERMERÍA, TRISTEZA, ENVEJECIMIENTO, VEJEZ.

PREVENCIÓN Y MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR

LORENA CARMONA CARRASCO, ANA MARIA MORA VAZQUEZ, PALOMA LIBRERO MÁRQUEZ

INTRODUCCIÓN: El estreñimiento es un síntoma no una enfermedad, está considerado como uno de los problemas de salud más comunes en la población anciana, puede ser de causa multifactorial y generar una esfera de problemas biopsicosociales de carácter grave, éste trastorno afecta al 30% - 50% en adultos mayores que viven en la comunidad, y hasta un 80% en los pacientes institucionalizados por lo tanto forma parte de los síndromes geriátricos y su desenlace tiene una clara influencia en la calidad de vida, donde se utilizan indiscriminadamente la terapéutica con laxantes y agentes afines, dejando como manejo secundario las medidas higiénico-dietéticas.

OBJETIVOS: Describir las diferentes formas de prevención y manejo de estreñimiento en el adulto mayor según la evidencia disponible.

METODOLOGÍA: El método utilizado para la realización de este trabajo es una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, intramed, SlideShare, medline, etc

RESULTADOS: El estreñimiento es un trastorno de carácter multifactorial, por lo que debe de tratarse de manera individual así determinar las necesidades individuales de cada persona, numerosos estudios demuestran que con medidas higiénico - dietéticas como una buena educación sanitaria, hábitos dietéticos e ingestión de líquidos, buen patrón de ejercicio y hábitos intestinales efectivos, se disminuyen en gran cantidad el riesgo de padecer este trastorno de gran incidencia.

CONCLUSIÓN: Debido a su gran incidencia es de vital importancia una buena eps por parte de los profesionales de enfermería respecto a unas buenas pautas higiénico - dietéticas para disminuir el riesgo de estreñimiento en ancianos, según la literatura disponible la mayoría de los estudios concluyen que éstas medidas son efectivas en el 60% de los casos, siendo de vital importancia la labor del primer nivel de atención al usuario en nuestros sistemas de salud. Cuando las medidas higiénico - dietéticas fallan puede considerarse el tratamiento farmacológico como segunda opción terapéutica.

PALABRAS CLAVE: CAUSAS, PREVENCIÓN, PREVALENCIA, PERSONAS MAYORES, ESTREÑIMIENTO.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS CON ALZHEIMER

JOSEFA ORTIN CORTÉS, YOLANDA JIMÉNEZ ALONSO, MARIA ANGELES SANCHEZ SANCHEZ, EVA MARIA SERRANO ARAGON, PASCUALA SÁNCHEZ GEA, MARÍA DE LAS MERCEDES GARCÍA SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer es una enfermedad crónica y progresiva, es la forma más común de demencia que afecta a las actividades básicas de la vida en las personas mayores. Cursa con pérdidas de habilidades cognitivas y déficit de memoria. La edad es uno de los principales factores de riesgo, junto con el aumento de la esperanza de vida incrementando su prevalencia.

OBJETIVOS: Determinar el papel de enfermería en los cuidados de las personas con Alzheimer.

METODOLOGÍA: Para el estudio se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como: Pubmed, Dialnet, y Medes. Como descriptores se han utilizado las siguientes palabras: Alzheimer, personas mayores, cuidados, memoria y demencia.

RESULTADOS: Según los artículos analizados en las distintas bases de datos, para los cuidados de las personas con Alzheimer encontramos las siguientes recomendaciones según la fase de la enfermedad: En la fase leve se debe de determinar en qué situaciones necesita ayuda el enfermo, administrando el tratamiento adecuado, manteniendo el reconocimiento del paciente, el control de esfínteres y evitando situaciones de estrés. En la fase moderada prevenir las lesiones, garantizar la calidad del sueño y descanso y ayudar a la realización de las actividades básicas diarias. En la fase severa prestar los cuidados que fueran necesarios para preservar la salud, prevenir la aparición de úlceras por presión, demostrar afecto para prevenir depresiones y prestar cuidados paliativos si fuesen necesarios.

CONCLUSIÓN: Para el personal de Enfermería es muy importante conocer las distintas fases de la enfermedad, para poder prestar los cuidados necesarios en cada momento a las personas que sufren Alzheimer.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, PERSONAS MAYORES, CUIDADOS, MEMORIA, DEMENCIA.

PREVALENCIA DEL RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

LAURA PADIERNA RODRIGUEZ, BEATRIZ GOMEZ REY, CRISTINA RUBIO MARCOS, MARIA ELENA HAYA REVUELTA, PAULA GARCÍA TORRE, LORENA SAN JUAN BRAVO

INTRODUCCIÓN: La población española mayor de 65 años es de un 18%, y se estima que alcanzará el 30% en 2050. El crecimiento del grupo de edad de más de 65 años conlleva un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas; tanto los cambios fisiológicos que ocurren en el envejecimiento como los procesos patológicos que afectan a esta población anciana, predisponen a la aparición de complicaciones nutricionales. La malnutrición en el anciano hospitalizado no es sólo un signo de enfermedad, sino que su presencia genera un peor pronóstico clínico, con mayores índices de morbi-mortalidad, incrementa los tiempos de estancia hospitalaria, la institucionalización prematura y, como consecuencia, un aumento de los costes sanitarios.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia y consecuencias del riesgo de malnutrición en los pacientes ancianos hospitalizados.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos habituales, tales como UPTODATE, PUBMED, con los términos DEC's malnutrition, elderly, admission, nutritional screening, obteniendo 83 resultados de los cuales se escogieron 5.

RESULTADOS: Según los estudios revisados, se observa que la mayoría de los ancianos hospitalizados presenta algún grado de desnutrición, en especial los que presentan deterioro cognitivo y de la capacidad funcional. Las unidades de hospitalización con mayor prevalencia de desnutrición son las de larga estancia, especialmente las médicas.

CONCLUSIÓN: La prevalencia de la malnutrición en el paciente anciano es alta; un correcto cribare nutricional y posterior evaluación durante el ingreso es fundamental para identificar a los pacientes en riesgo de desnutrición, para así mejorar la calidad de vida del paciente y el pronóstico al alta.

PALABRAS CLAVE: MALNUTRICIÓN, GERIATRÍA, ADMISIÓN, EXAMEN NUTRICIONAL.

ABORDAJE INTEGRAL DEL ENFERMO DE EDAD AVANZADA CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

TATIANA FONTALBA GARRIDO, ANGELA DE LA CRUZ FERNANDEZ DOMINGUEZ, VALME MARTINEZ AFONSO

INTRODUCCIÓN: Las cuestiones relacionadas con la patología a cardíaca son muy complejas y muy frecuentes en la población mayor. Sabemos que las enfermedades se comportan de manera diferente en cuanto a su semiología clínica. Una enfermedad tan importante como la hipertensión arterial puede alcanzar a más de dos terceras partes de los sujetos con edades superiores a los 65 años.

OBJETIVOS: Conocer y describir los factores de riesgo cardiovasculares en el anciano desde una visión holística.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una revisión bibliográfica perteneciente a la OMS, a la Sociedad Española de Cardiología, así como publicaciones científicas relacionadas con el tema. Para la búsqueda se han utilizado los términos: “Hipertensión”, “enfermedades cardiovasculares”, “ancianos”, “edad avanzada”.

RESULTADOS: La hipertensión es el factor de riesgo cardiovascular más frecuente en el anciano, pero existen otros factores de riesgo como son: la obesidad (constituye una enfermedad crónica caracterizadas por un aumento de los depósitos de grasa en el organismo), la diabetes mellitus (factor de riesgo de arteriosclerosis y cardiopatía), frecuencia cardíaca elevada (es un excelente informador del riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica). Otro factor de riesgo cardiovascular es el tabaquismo, es el único que es modificable, y su abandono es efectivo en todos los grupos de edades, es la mejor intervención preventiva en la población anciana.

CONCLUSIÓN: Para hacer una evaluación del riesgo cardiovascular en el anciano conviene, además de enumerar los factores de riesgo cardiovascular, describir su tiempo de evolución, grado de control y las dificultades del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, ANCIANOS, GERIATRÍA, EDAD AVANZADA.

CAMBIOS DEL ENVEJECIMIENTO QUE INCIDEN EN LA NUTRICIÓN

TATIANA FONTALBA GARRIDO, ANGELA DE LA CRUZ FERNANDEZ DOMINGUEZ, VALME MARTINEZ AFONSO

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento en España es en la actualidad un problema sanitario creciente, que nos obliga a elaborar planes de atención y cuidados a las personas mayores. Los objetivos de la valoración del estado nutricional son: determinar el estado nutricional del paciente anciano, valorar sus requerimientos nutricionales, identificar pacientes que se benefician de una intervención nutricional, identificar riesgos sobreañadidos a su enfermedad que puedan atribuirse a un trastorno nutricional y finalmente evaluar la eficacia de un determinado tratamiento nutricional.

OBJETIVOS: El objetivo principal es describir los cambios del envejecimiento que inciden en la nutrición.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos Dialnet mediante los descriptores: “envejecimiento”, “nutrición”, “ancianos” y “geriatria”.

RESULTADOS: Los cambios del envejecimiento que inciden en la nutrición son: -composición corporal: existe un aumento del tejido adiposo y disminución de la masa magra, del agua corporal total y de la densidad mineral ósea. -Factores fisiológicos: digestivos (alteración dientes, xerostomía, enlentecimiento del tránsito), neurológicos y sensoriales (menor sensación de hambre, saciedad mas precoz, alteración del gusto y olfato), respiratorios (disminución de la capacidad pulmonar) y renales (disminución de la capacidad de concentración urinaria y mayor necesidad de agua). -Pluripatología: todas las enfermedades influyen de una u otra manera en la nutrición del anciano, especialmente las crónicas y psiquiátricas. -Polifarmacia: el uso de cinco o más medicamentos, así como la prescripción inadecuada de determinados fármacos, alteran la absorción, metabolismo o excreción de nutrientes. -El aislamiento es un hecho frecuente entre la población geriátrica, que influye de forma negativa en los hábitos nutricionales.

CONCLUSIÓN: La población geriátrica es un segmento muy heterogéneo de la población general, caracterizado por una gran variedad fisiológica que continuamente influye sobre la nutrición.

PALABRAS CLAVE: ENVEJECIMIENTO, ANCIANOS, NUTRICIÓN, GERIATRÍA.

CAUSAS DEL ERITEMA DEL PAÑAL EN EL ANCIANO

REBECA TÉLLEZ VIDAL, LIDIA RODRÍGUEZ CADENAS, PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ

INTRODUCCIÓN: La dermatitis es una complicación en el anciano debido a la incontinencia urinaria y fecal.

OBJETIVOS: Valorar las causas de la aparición de los eritemas del pañal y los distintos niveles de éstos. Dar importancia a los métodos de prevención.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Una de las causas principales de la aparición de los eritemas en el anciano, es la HUMEDAD, causada por la incontinencia, por la utilización de productos que causan irritaciones tanto químicas como físicas. Esto hace que se produzca una disminución de la función protectora de la piel perdiendo su integridad. A causa de esta pérdida de integridad podemos observar distintos niveles de eritema; desde el nivel 0, en el cuál no hay pérdida de la integridad de la piel, hasta el nivel 4, dónde se observa pérdida de integridad de la piel o abrasiones. Para evitar la dermatitis es necesario que se usen productos que limpien, protejan y regeneren la integridad de la piel. Es importante el uso de este tipo de productos, como por ejemplo cremas y/o aceites que favorezcan el aislamiento y la protección de la piel, eliminando la humedad e impidiendo la proliferación bacteriana.

CONCLUSIÓN: Por lo tanto, para evitar en todo lo posible la aparición del eritema del pañal en el anciano, es dar la importancia merecida a los métodos de prevención; desde todos los niveles asistenciales y reeducando al anciano, si es posible. Si debido al estado general del anciano, es decir, su grado de dependencia, ya no es efectivo reeducarlo, se comenzaría con el uso de absorbentes. Previniendo, dentro de nuestras funciones, las posibles infecciones y lesiones cutáneas. En estos casos, es muy importante, mantenerlo seco, realizando todos los cambios necesarios de absorbentes, realizando un aseo con jabones (pH neutro) sin friccionar la piel, un buen secado sin materiales que favorezcan la fricción, y por último, la aplicación de cremas o aceites para proteger la integridad de la piel.

PALABRAS CLAVE: ERITEMA, DERMATITIS, ANCIANO, INCONTINENCIA, PAÑAL.

LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CRÓNICO

ANA MARÍA CASTILLA VIÑOLO, MERCEDES MARTIN FUENTES, JESICA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento y las enfermedades crónicas van en aumento en la población lo cual es una preocupación para los organismos que tienen la responsabilidad de sus cuidados, ya que debe de ser de un aspecto bio-psico y social. Cada vez las enfermedades crónicas van en aumento y con ello los gastos que generan.

OBJETIVOS: Determinar la incidencia de las enfermedades crónicas en la población actual.

METODOLOGÍA: Se han revisado exhaustivamente las siguientes bases de datos: Cochrane Library, Cuiden; Scielo y Mdeline. Los criterios de inclusión todos los artículos encontrados desde 2012 a 2017.

RESULTADOS: Las enfermedades crónicas aumentan en los últimos años y se establecen como la primera causa de discapacidad, el índice de envejecimiento en nuestro país alcanza un 17% y se prevé que en el año 2050 será de un 37%.

CONCLUSIÓN: Los cuidados de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el envejecimiento viene dado porque ellos contribuyen a preocuparse del paciente con responsabilidad y compromiso, ya que ayudan a aliviar sufrimiento, respetando su autonomía, dándole esperanza. El trabajo del personal sanitario es fundamental para su cuidado integral.

PALABRAS CLAVE: ENVEJECIMIENTO, CRONICIDAD, TCAES, CUIDADO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARIA ISABEL SANCHEZ NAVARRO, SILVIA FERNANDEZ MARTÍNEZ, ANA MARIA PEREZ HEREDIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: José, 66 años, es intervenido de prótesis de cadera tras caerse por una escalera y sufrir una fractura. Tras la intervención el paciente permanece encamado desde hace tres meses ya que los resultados de ésta no fueron satisfactorios. Su mujer acude al centro de salud para informar de la aparición de úlcera por presión en sacro debido a la inmovilización y desconocimiento de los cuidados adecuados. Antecedentes: Diabetes mellitus tipo II. Tratamiento: Metformina 850mg c/12h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 120/60mmHg, GB: 105mg/dl, presenta UPP grado II en sacro.

JUICIO CLÍNICO: Úlcera por presión grado II. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 00044 - Deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro de la movilidad física m/p aparición de úlcera por presión. NIC: Cuidados de las úlceras por presión, manejo de presiones, administración de analgésicos, protección contra las infecciones, manejo del dolor. NOC: Nivel del dolor, curación de la herida. 00126 Conocimientos deficientes r/c poca familiaridad con los recursos para obtener la información m/p verbalización del problema. NIC: Asesoramiento, Enseñanza: proceso de enfermedad, educación sanitaria, manejo de la nutrición. NOC: Conocimiento: proceso de la enfermedad, conocimiento: régimen terapéutico.

CONCLUSIONES: El papel de la enfermería es muy importante en el proceso de evitar la aparición de upp, es importantísima la educación sanitaria a cuidadores y pacientes, tenemos que dar a conocer medidas básicas como los cambios posturales, colchón antiescaras, vigilancia por parte de la familia y/o cuidador del estado de la piel y una dieta adecuada en proteínas e ingesta hídrica, así evitaremos en gran medida la aparición de esta problemática o en tal caso la solucionaremos.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, EDUCACIÓN, ÚLCERAS.

EL TCAE Y LA TÉCNICA DE LA ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA EN EL PACIENTE ANCIANO ENCAMADO

MIRIAM TALAVERA SANCHEZ, ALMUDENA PADILLA LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN GARCIA TAMAJON

INTRODUCCIÓN: El soporte nutricional es un componente clave del cuidado médico. La nutrición enteral (NE) es la entrega de nutrientes al tracto gastrointestinal mediante una sonda nasogástrica (SNG), nasoyeyunal (SNY) o de gastrostomía (GTT); siendo la ruta preferida para satisfacer las necesidades nutricionales cuando la vía oral está contraindicada o es insuficiente y existe un tracto gastrointestinal funcional. Las principales indicaciones para nutrición enteral son los trastornos motores y anatómicos del aparato digestivo, la aversión oral severa y la presencia de patologías emaciantes, crónicas o que requieran un alto aporte energético.

OBJETIVOS: Analizar la repercusión de este tipo de forma de alimentación en el paciente anciano encamado y como el Tcae es el responsable de este tipo de alimentación.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica. Estudios publicados 2000-2012. Inglés y castellano. Bases de datos: Pubmed, Google Scholar, Cochrane con los temas relacionados con sondaje nasogástrico, Ned, ancianos.

RESULTADOS: Las sonda nasogástrica y sonda PEG no están indicadas en pacientes con riesgo de broncoaspiraciones. La mortalidad en los primeros 30 días tras la colocación de la sonda es muy elevada. En todos los estudios es coincidente que el Tcae es el encargado de administrar este tipo de alimentación, lo cual tiene que tener muy claro los procedimientos y protocolos de estas técnicas.

CONCLUSIÓN: La alimentación enteral sigue siendo una intervención frecuente, no hay evidencia que establezca que la alimentación por sondas prevenga las aspiraciones, ni se consiga una mejora en el estado nutricional, prevenga la desnutrición o sus consecuencias. Tampoco se logra un incremento de la supervivencia, incluso hay estudios que plantean una disminución de la supervivencia. El Tcae tiene un papel muy importante en esta alimentación lo cual tienen que tener una formación e información correcta en estas técnicas.

PALABRAS CLAVE: NUTRICIÓN ENTERAL, EVALUACIÓN CLÍNICA, ESTADO NUTRICIONAL, PACIENTE ANCIANO.

NUTRICIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA EN EL ANCIANO: ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA POR GRAVEDAD

ANGELA DE LA CRUZ FERNANDEZ DOMINGUEZ, TATIANA FONTALBA GARRIDO, VALME MARTINEZ AFONSO

INTRODUCCIÓN: La nutrición enteral por sonda es un tipo de alimentación que se usa cuando la deglución se ha vuelto imposible o peligrosa por diferentes problemas: tumorales (obstrucción), neurológicos (problemas en la coordinación), inconsciencia prolongada, grandes necesidades nutricionales (grandes quemados). Existen tres formas de administrar la nutrición a través de la sonda: por jeringa o bolus, por gravedad o por bomba.

OBJETIVOS: El objetivo principal es describir cómo administrar la nutrición por gravedad las numerosas formas de administrar la nutrición por medio de una sonda nasogástrica en el anciano.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos Dialnet mediante los descriptores “sonda nasogástrica”, “ancianos”, “nutrición enteral”, y “nutrición nasogástrica por gravedad”.

RESULTADOS: Las recomendaciones a seguir para llevar a cabo una correcta administración del alimento se basan en llevar a cabo una serie de pasos: Hay que mantener una buena higiene de la boca y de los dientes, y si fuese conveniente aplicar vaselina en los labios. Es importante administrar 50cc de agua antes y después de cada administración del alimento, la medicación va separada del alimento. Hay que incorporar al paciente unos 45º o sentarlo, manteniendo esta posición al menos durante una hora(así evitamos los reflujos del alimento).

CONCLUSIÓN: La alimentación enteral es el sistema de administración que mas conserva el mecanismo natural, mantiene la función digestiva y hepática, y por eso es el tipo de alimentación mas adecuada para los pacientes geriátricos.

PALABRAS CLAVE: ANCIANOS, GERIATRÍA, NUTRICIÓN ENTERAL, SONDA NASOGÁSTRICA.

FACTORES DE RIESGO EN CAÍDAS DE PERSONAS ANCIANAS

JESÚS LINARES QUERO, RAFAEL RINCÓN ESTRADA, MARIA DEL MAR MORALES GARRIDO

INTRODUCCIÓN: La caída es de carácter multifactorial, multiforme y asincrónico y a su vez podemos definirla como una serie de acontecimientos involuntarios que te precipitan al suelo, estas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales (OMS, 2016). Las caídas en los ancianos representan un importante problema de salud cada vez más estudiado y reconocido, a su vez conllevan lesiones, incapacidades, mayor probabilidad de institucionalización e incluso pueden llegar a la muerte.

OBJETIVOS: Determinar cuáles son los principales factores de riesgo de caídas en la población anciana por parte del personal de enfermería.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica. Para ello se han consultado bases de datos en español como Medline y Scielo seleccionando artículos en español de los últimos 15 años que contenían las palabras clave: caídas; población anciana; miedo a caerse; valoración; prevalencia y factores de riesgo.

RESULTADOS: Dentro de los factores de riesgo podemos destacar los intrínsecos y extrínsecos a la persona y a su situación de padecer una caída. De los intrínsecos destacamos los siguientes: El llamado “Síndrome postcaída” que se define como miedo a caerse y a perder confianza en las propias capacidades. Problemas de audición o problemas de visión, hacen que el anciano tenga más probabilidad de precipitarse al suelo. La pérdida de masa magra muscular conlleva a una pérdida de fuerza general. Las enfermedades tipo Parkinson, ACV, demencia, hipoglucemias, alteraciones articulares, etc. De los extrínsecos destacamos: El uso de fármacos y polifarmacia (benzodiazepinas, antidepresivos...). Factores ambientales (baños que resbalan, luz insuficiente, fluidos en suelo, etc.).

CONCLUSIÓN: Se necesita realizar una valoración integral al anciano y elaborar programas de prevención de caídas ya que presenta un riesgo multifactorial aumentado por parte del personal de enfermería.

PALABRAS CLAVE: POBLACIÓN ANCIANA, MIEDO A CAERSE, VALORACIÓN, PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO, CAÍDAS.

DETECCIÓN DE LA SOLEDAD EN EL ANCIANO

JESÚS LINARES QUERO, RAFAEL RINCÓN ESTRADA, MARIA DEL MAR MORALES GARRIDO

INTRODUCCIÓN: La soledad es un sentimiento tan importante que sus consecuencias pueden afectar a nivel personal, familiar y social. Hoy esta soledad puede dar lugar a una depresión la cual la población anciana tiene mayor riesgo de prevalencia y comorbilidad.

OBJETIVOS: Identificar mediante la valoración enfermera aquella población anciana que presenta riesgo de soledad y por tanto de sufrir depresión.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica. Para ello se han consultado bases de datos en español como Medline y Scielo seleccionando artículos en español de los últimos 15 años que contenían las palabras clave: calidad de vida; depresión; población anciana; salud; y soledad. El resultado de la búsqueda fueron 10 artículos de los cuales fueron seleccionados 4 para el trabajo.

RESULTADOS: La valoración enfermera se basará en la Teoría de Necesidades Humanas, destacando por encima de todos los modelos a V. Henderson para trabajar la soledad en la vejez. Las principales necesidades a tratar son: necesidad de comunicarse, necesidad de elegir los valores y las creencias, necesidad de autorrealización y necesidad de aprender. A partir de estas necesidades humanas, el personal de enfermería puede valorar si el anciano presenta riesgo de soledad. Después de dicha valoración el personal de enfermería presenta múltiples intervenciones para abordar este problema, aunque siempre procurando utilizar habilidades de escucha activa, estableciendo una relación terapéutica en un ambiente de confort con el paciente e implicando a la familia y a su ámbito social para apoyar al anciano y así poder realizar un trabajo más en equipo.

CONCLUSIÓN: La soledad como la depresión son problemas de salud pública dada su prevalencia y comorbilidad, y por tanto, deben ser abordados en los servicios sanitarios, teniendo el personal de enfermería un papel relevante desde el ámbito personal y profesional para paliar dicho conflicto.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA, DEPRESIÓN, POBLACIÓN ANCIANA, SALUD, SOLEDAD.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UNA PERSONA MAYOR

EVA RUIZ FERNANDEZ, GEMA GARCIA PRIETO, DAVID CAPARROS FLORIDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 76 años de edad, ingresada en un centro residencial, con antecedentes de: Hipertensión esencial, diabetes mellitus insulino dependiente, dislipemia Ictus (infarto cerebral agudo en territorio de la ACM derecha. En la noche refiere mal estado general, sensación de falta de aire, no concreta dolor , se realiza control de ctes presentando TA:130/85 mmhg FC: 112 pxm SAT:91% Tª:36,6ºC. Se aprecia leve tiraje, se le colocan gafas nasales a 4lxmin no remontando saturación, se avisa al equipo de urgencias quienes la derivan al hospital.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En urgencias realzan analítica de sangre y ekg. En el ekg se aprecia elevación del segmento ST en derivaciones V1-V4 con ondas Q patológicas y pérdida de ondas R. En la analítica de sangre salen altos los valores de las enzimas cardiacas: la creatina fosfoquinasa total (CK o CPK) que regula la disponibilidad de energía en las células musculares, la lactato deshidrogenasa (LDH) que interviene en el metabolismo anaeróbico de la glucosa, la aspartato transaminasa (GOT o AST) que participa en el metabolismo de algunos aminoácidos.

JUICIO CLÍNICO: Infarto agudo de miocardio antero-septal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Otras causas de elevación del ST en el ekg podrían ser: repolarización precoz, hiperpotasemia, bloqueos de rama, aneurisma ventricular, hipotermia.

CONCLUSIONES: El tercio de los pacientes mayores que han sufrido un infarto no han referido dolor torácico. Los síntomas de un IAM en algunos pacientes (ancianos y diabéticos) pueden ser más sutiles, no suelen referir dolor precordial, sino fatiga, malestar, molestias estomacales o dificultad respiratoria. Algunos tratamientos se deben iniciar de inmediato ante la sospecha de un ataque cardíaco, aunque ni tengamos confirmado el diagnostico como son la aspirina (para evitar la formación de más coágulos) o la nitroglicerina (que disminuye el trabajo del corazón, mejora el flujo de sangre).

PALABRAS CLAVE: IAM, CK GOT, LDH, TIRAJE, ANTERSEPTAL.

INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE NUTRICIÓN, TANTO POR DEFECTO COMO POR EXCESO, EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS AFECTADAS CON CÁNCER EN GERIÁTRICOS

LORENA CARMONA CARRASCO, ANA MARIA MORA VAZQUEZ, PALOMA LIBRERO MÁRQUEZ

INTRODUCCIÓN: Los problemas de nutrición es un factor muy importante a tener en cuenta en los pacientes institucionalizados en geriátricos. Estos pacientes son más propensos a padecer alguna alteración nutricional, sobre todo por defecto, y esto se intensifica si el paciente padece algún tipo de enfermedad grave o deterioro cognitivo. Los pacientes que presentan cáncer, experimentan más complicaciones de su enfermedad, si presentan problemas de nutrición.

OBJETIVOS: El objetivo es describir la incidencia de los problemas de nutrición que afectan a las personas institucionalizadas con cáncer en geriátricos, y así conseguir una mejora de la nutrición y calidad de vida en enfermos con cáncer.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio descriptivo observacional de corte transversal, llevado a cabo en una residencia de ancianos, durante el mes de septiembre 2017. La muestra está compuesta por un total de 40 pacientes, pero el estudio se realiza solo con aquellas personas que presenten cáncer. Se realiza una revisión bibliográfica de los estudios ya existentes, para poder aplicarlos en el estudio.

RESULTADOS: Según el estado físico, el 75% de los pacientes que presentan cáncer en la residencia padecen riesgo de desnutrición, frente a un 25 % que están desnutridos. Según el MNA, el 75% de los pacientes que presentan cáncer en el estudio padece problemas de desnutrición. Según el IMC, los pacientes no presentan problemas de nutrición por exceso y un 75%, tiene riesgo de desnutrición.

CONCLUSIÓN: Después de haber aplicado el estudio a los pacientes institucionalizados en una Residencia durante el mes de septiembre 2017, se puede decir que el 15% de los residentes presentan cáncer. Según los análisis de las diferentes tablas contemplando las diferentes variables se puede afirmar que la mayoría de los pacientes que padecen cáncer en la residencia presentan problemas de desnutrición, o están en riesgo.

PALABRAS CLAVE: NUTRICIÓN, PERSONAS CON CÁNCER, ESTADO NUTRICIONAL, APARICIÓN DE CÁNCER, PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.

ANÁLISIS SOBRE EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA

MARIA INMACULA LAY DUQUE, PATRICIA GONZALEZ NUÑEZ, CARMEN RAMOS SANTOS

INTRODUCCIÓN: La geriatría rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y en la enfermedad de los ancianos. La geriatría atiende a personas de edad avanzada que presenta una pluripatología, que tenga problemas sociales y psiquiátricos.

OBJETIVOS: Determinar la función que realiza el técnico auxiliares en cuidados de enfermería en el área de geriatría.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Su objetivo prioritario es la recuperación funcional del anciano enfermo e incapacitado para conseguir el máximo nivel posible de autonomía e independencia, facilitando así su reintegración a una vida autosuficiente en su domicilio y entorno, además de prevenir la enfermedad vigilando la salud del anciano y evitar la dependencia. Además de valorar todas las necesidades de todos los ancianos del sector y con los recursos existentes proporcionarles asistencia integral, marcando prioridades. La movilización de todos los recursos posibles para mantener en la familia y comunidad independiente el mayor numero posible de ancianos, con una digna calidad de vida, para establecer actividades diseñadas y adaptadas para cada persona en función de su grado de deterioro cognitivo, con estas actividades se reducen los niveles de ansiedad, se disminuyen los episodios de agresividad, se favorece la interacción y comunicación con los demás ,es decir, mejora el estado de ánimo y, por tanto, la calidad de vida. Atender las múltiples alteraciones y los problemas médico-sociales de los ancianos, que de forma aguda y subaguda presentan como rasgos comunes la pérdida de su independencia física o social. La movilización de todos los recursos para integrar a la comunidad el mayor número de ancianos que se pueda. La organización de una asistencia prolongada a los ancianos que lo necesiten.

CONCLUSIÓN: La investigación, la docencia y la formación continuada de sus propios especialistas y del todo relacionado con dicha especialidad.

PALABRAS CLAVE: ADULTO MAYOR, EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO, GERIATRÍA, MODELOS DE ATENCIÓN.

LA HIDRATACIÓN GRAN BENEFICIO PARA LA SALUD DE NUESTROS MAYORES

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

INTRODUCCIÓN: El agua representa las $\frac{3}{4}$ partes del peso de un adulto, siendo nuestro sustento esencial pues ejerce funciones vitales como: transportar oxígeno y nutrientes, mantener el volumen sanguíneo, ejercer de solvente en muchos procesos metabólicos, participar activamente como reactivo en algunas reacciones químicas, regular la temperatura corporal y la eliminación de productos de desecho.

OBJETIVOS: Concienciar a los mayores y su entorno sobre la importancia del agua y de una reacción inmediata ante la aparición de síntomas de deshidratación. Analizar la información que nos permita, más adelante formar a los mayores y a su entorno sobre las diferentes fuentes de hidratación y sintomatología.

METODOLOGÍA: Recogida de datos e información de artículos médicos, estudios y documentos científicos relacionados con la hidratación de personas mayores.

RESULTADOS: Recomendación general, beber 2,5 litros al día. Beneficios más destacados: la disminución de probabilidades de padecer estreñimiento, infecciones virales, formación de cálculos renales y el desarrollo infecciones urinarias. Asimismo reduce el riesgo de problemas cardíacos, colabora en la lubricación de las articulaciones y de los músculos, mantiene la piel sana e hidratada y aumenta las sustancias que controlan las bacterias en la boca. El entorno del mayor deberá supervisar la adecuada alimentación, suministrar la cantidad de líquido necesaria y estar pendiente de los cambios que puedan originarse.

CONCLUSIÓN: Las personas mayores son más propensas a sufrir de deshidratación provocando un grave deterioro en su salud sino se la trata de forma rápida y eficaz. Ante síntomas claros de deshidratación se debe consultar rápidamente al médico quien tomará las medidas oportunas (hidratación oral o intravenosa en la casa o en un centro sanitario) para evitar sus graves consecuencias.

PALABRAS CLAVE: HIDRATACIÓN, ANCIANO, INGESTA DE LÍQUIDOS, DESHIDRATACIÓN.

APOYO SOCIAL: EL PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE LA LEY DE DEPENDENCIA

MARIA ISABEL TORREGROSA GALERA, CRISTINA RODRIGUEZ LOPEZ, SINDIA MARIA SANCHEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Debido a la gran esperanza de vida, gobiernos como el español proponen y aprueban leyes que ayuden y mejoren la calidad de vida de las personas mayores, promoviendo la equidad entre dicha población, ya que leyes como la Ley de Dependencia clasifican a cada individuo según el nivel de necesidades teniendo en cuenta el grado de dependencia a la hora de llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

OBJETIVOS: Analizar el papel que juega el profesional de enfermería en la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes

METODOLOGÍA: El presente trabajo se basa en una Revisión Sistemática a través de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline y Scopus. Los descriptores utilizados en dicha búsqueda fueron: “nursing”, “aged”, “elderly”, “social support” y “dependency”. Se tomaron aquellos estudios publicados desde 2006 hasta la actualidad, en español e inglés y cuyo acceso era libre.

RESULTADOS: El papel enfermero es muy importante en el cuidado de la dependencia. Dentro de esta ley, la principal actividad del profesional de enfermería es dar apoyo social al adulto mayor, lo cual es fundamental para la vida de estas personas, ya que promueve el bienestar y previene alteraciones emocionales como la depresión y hace que la enfermedad crónica no avance tan rápido en el tiempo.

CONCLUSIÓN: La enfermería es la base de los cuidados y con la aparición de la Ley de Dependencia dio una oportunidad para ofrecer servicios a la sociedad. Con esta ley también apareció el apoyo social, que pensamos que actúa sobre los efectos negativos de la salud del paciente y de la familia y crea una integración social que hace que fortalezca la relación familiar y la salud física y mental.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, EDAD, ANCIANOS, APOYO SOCIAL.

EPISTAXIS POR CRISIS HIPERTENSIVA TRAS TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

ARANZAZU MARTIN VILLENA, MARIA ISABEL VILLODRES NAVAS, AURORA ALGUACIL CABALLERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 91 años que acude al servicio de urgencias por sangrado por fosas nasales desde hace 3 días. El sangrado empezó tras ser dado de alta hospitalaria donde se transfundieron 2 concentrados de hematíes por anemia. Desde entonces refiere encontrarse más cansado, con pérdida de fuerza en miembros inferiores, disnea y cefalea. Alérgico a metformina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada el paciente está consciente, orientado y colaborador. Se observa palidez de piel y mucosas. Eupneico en reposo y afebril. Epistaxis en fosa nasal izquierda. TA: 200/110 mmhg, FC: 90-96 lpm, arrítmico, glucemia 105 mg/dl, Sat O₂: 95%. Pruebas complementarias: mAnálítica de sangre, Pruebas cruzadas, Radiografía de tórax.

JUICIO CLÍNICO: Epistaxis derivada de crisis hipertensiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En las epistaxis nos podemos encontrar tres tipos de hemorragia: Anterior: con origen en el área de Kiesselbach. Suelen ser las más frecuentes. Posterior: sangrado procedente del tronco de la esfenopalatina, siendo difícil de cohibir. Superior: sangrado de las arterias etmoidales. Para estar seguros del tipo de hemorragia a la que nos enfrentamos deberemos de realizar un taponamiento nasal anterior para comprobar si hay sangrado de la pared posterior o superior. En nuestro caso se observa que el sangrado procede de la parte anterior de la nariz, por lo que no conlleva mayor complicación.

CONCLUSIONES: Lo primero que debemos de hacer es tranquilizar al paciente pues un sangrado por la nariz puede ser muy alarmante. Se tratará la crisis hipertensiva con antihipertensivos orales, con muy buena respuesta. Procederemos a realizar el taponamiento nasal anterior, y tras evidenciarse la procedencia del sangrado se dejará dicho taponamiento durante 48h, tras lo cual se realizará nueva valoración por otorrino. En la analítica de sangre se observa anemia, a pesar de ser trasfundido hace 3 días, por lo que se transfunden nuevamente 2 concentrados de hematíes. Finalmente, se darán consejos para prevenir un nuevo aumento de tensión así como para el manejo de la epistaxis.

PALABRAS CLAVE: SANGRADO, CEFALEA, ANEMIA, TRASFUSIÓN.

INFLUENCIA DE LA TERAPIA CANINA EN EL ADULTO MAYOR

MONTSERRAT AMATE FABÁ, MARIA JOSE LOPEZ LORENZO, JUANA MARIA MARIN DIAZ

INTRODUCCIÓN: Las intervenciones de terapias asistidas con animales están cada vez más presentes en diferentes ámbitos educativos y sanitarios, extendiéndose hacia la geriatría, sobre todo para mejorar la calidad de vida, mejorando aspectos a nivel físico, emocional y mental.

OBJETIVOS: Analizar la efectividad de la intervención de la terapia canina en la sintomatología del adulto mayor de 65 años.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática, a través de: Dialnet, Science Direct, y Scielo. Criterios de inclusión: Artículos relacionados con la terapia canina para adultos mayores de 65 años, en el periodo 2012-2017. Priorizando los más actuales y conteniendo las palabras claves de búsqueda: “adulto mayor, envejecimiento, perros, terapia canina, terapia asistida con animales (TAA)”. Criterios de exclusión: Artículos no relacionados con la terapia canina, no dirigidos al adulto mayor o publicados anteriormente al año 2012.

RESULTADOS: Encontramos 13 artículos, y seleccionamos 9, que incluyeron los criterios de inclusión tras una lectura crítica. Mejoran significativamente las puntuaciones de memoria inmediata-aprendizaje en el TAVR; Disminución significativa de las pulsaciones y niveles de presión sanguínea (máximos y mínimos); Reducción de los sentimientos de soledad y síntomas psicológicos vinculados a la depresión (Yesavage) o su estabilidad; Mejoras o mantenimiento en las medidas de las variables de: comportamiento, calidad de vida, estado anímico, cognitivo, autonomía en las AVD y estrés mental. En pacientes con demencia: Mejor percepción de calidad de vida; Mejora en las puntuaciones en GDS y MMSE; Y contribuye a la preservación de las capacidades cognitivas.

CONCLUSIÓN: La terapia canina produce mejora en la memoria y aprendizaje, las pulsaciones y la tensión arterial, los síntomas depresivos, el comportamiento, estado de ánimo, calidad de vida, la autonomía y el estrés mental, en adultos mayores. Ayudando a preservar sus capacidades cognitivas. Por tanto, la terapia asistida con perros resulta beneficiosa para el adulto mayor.

PALABRAS CLAVE: ADULTO MAYOR, ENVEJECIMIENTO, PERROS, TERAPIA CANINA, TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES (TAA).

ESTUDIO SOBRE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA POBLACIÓN ANCIANA

CRISTINA OLLER NAVARRO, ANA NADAL IBAÑEZ, PATRICIA MESAS CARREÑO

INTRODUCCIÓN: Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales produciendo 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales.

OBJETIVOS: Conocer los principales estudios de prevención de caídas en la población anciana.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión bibliográfica y sistemática de artículos científicos, encontrados en los siguientes buscadores: PubMed, Medine, Cuiden y Cochrane. Los criterios de inclusión utilizados han sido: Idioma: español e inglés. Búsqueda realizada en agosto de 2017. Años de búsqueda 2011-2017.

RESULTADOS: Los programas de prevención de las caídas en los ancianos pueden incluir varios componentes para identificar y modificar los riesgos, tales como: examen del entorno donde vive la persona para detectar riesgos; intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo, tales como el examen y modificación de la medicación, el tratamiento de la hipotensión, la administración de suplementos de calcio y vitamina D o el tratamiento de los trastornos visuales corregibles; evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas; prescripción de dispositivos asistenciales apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales; fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales sanitarios con formación adecuada; programas grupales comunitarios que pueden incorporar componentes como la educación para prevenir las caídas y ejercicios del tipo del tai-chí o de equilibrio dinámico y fortalecimiento muscular; uso de protectores de la cadera en personas con riesgo de fractura.

CONCLUSIÓN: Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

PALABRAS CLAVE: CAÍDA, ESTUDIO, PREVENCIÓN, PROBLEMA.

SEPSIS MIXTA CUTÁNEA Y URINARIA EN UN PACIENTE DEPENDIENTE

LAURA GALVEZ HERNANDEZ, CAROLINA RUIZ CASTRO, ALICIA SANCHEZ FERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 80 años que es ingresado en el servicio de Hematología y Hemoterapia por presentar un deterioro progresivo en la última semana con decaimiento y dificultad para la deglución de líquidos con ingesta prácticamente nula. Disminución del nivel de conciencia, aumento de la tos, y sensación de la falta de aire. A su llegada, se evidencia desaturación precisando de oxigenoterapia a alto flujo, Oligoanuria e insuficiencia renal con hiperpotasemia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física general aportó los siguientes datos: Afebril poco reactivo, Sat 96% con O₂ en GN a 2 lpm, ACP: corazón rítmico algo taquicárdico, abdomen blando, depresible. Como pruebas complementarias se realiza: Analítica de sangre y orina, Urocultivo, RX de tórax y coprocultivo pendiente.

JUICIO CLÍNICO: Deterioro del estado general en probable relación a cuadro infeccioso: Urinario VS respiratorio VS digestivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de las pruebas realizadas se puede asegurar que el paciente presenta Sepsis Mixta.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento para este caso concreto, requerirá: Dieta absoluta dado el bajo nivel de conciencia, Hidratación con sueroterapia, Antibioterapia empírica, Urocultivo, Informe a la familia del mal pronóstico del paciente.

CONCLUSIONES: La sepsis es un síndrome clínico complejo que implica tanto una infección como una respuesta inmunitaria lesiva del huésped. La mayoría de las infecciones urinarias producidas por *Escherichia coli* con obstrucción del tracto urinario favorecen la aparición de bacteriemia, del mismo modo que las infecciones bacterianas sistémicas pueden desencadenar manifestaciones cutáneas. Debido a las modificaciones del sistema inmunitario relacionadas con el envejecimiento y las frecuentes carencias nutritivas, las personas de edad avanzada corren mayores riesgos de sufrir enfermedades infecciosas. El tratamiento deberá adaptarse al estado general del paciente al igual que la posología de los antibióticos prescritos en base a la capacidad metabólica y de eliminación medicamentosa.

PALABRAS CLAVE: UROCULTIVO, CONCIENCIA, MIXTA, HEMATOLOGÍA.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANA MARTOS TORRES, MANUELA TORRES CHIACHIO, SALVADORA CRUZ CABRERA

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud, ya que tiene repercusiones sanitarias y sociales (afecta al 10% de pacientes ingresados con costes muy considerables). El personal de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería) tienen conocimientos suficientes sobre la prevención y posterior tratamiento de las úlceras por presión.

OBJETIVOS: Determinar la actuación del personal sanitario en la prevención y el tratamiento de úlceras de presión en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos sobre el tema.

RESULTADOS: Los factores de riesgo de la aparición de UPP así como las intervenciones preventivas e intervenciones de tratamiento llevadas a cabo en relación a la categoría profesional, la experiencia profesional, la formación específica sobre UPP. En los resultados obtenidos observamos que la gran mayoría tienen una experiencia de más de 15 años y un 87% ha recibido formación específica. Más del 75% de los profesionales consideraban un grupo de medidas adecuadas como valorar el riesgo de UPP mediante una escala, usar almohadas para disminuir la presión local, movilizar mediante técnica adecuada para evitar fricción, usar superficies de alivio de presión en pacientes con riesgo, valorar la ingesta de alimentos, proteger con productos tópicos la piel enrojecida y mantener la piel limpia y seca.

CONCLUSIÓN: Cada vez es más importante el conocimiento y la formación por parte del personal de enfermería para desarrollar una correcta prevención y tratamiento en las UPP.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, AUXILIAR DE ENFERMERÍA, TRATAMIENTO, ÚLCERAS.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO EN LA DEMENCIA

ROCIO VIZCAINO SEGURA, RAQUEL SOLA DÍAZ, MARIA LUISA VICENTE SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: En el proceso de la demencia, a medida que la enfermedad avanza y la movilidad disminuye, el tiempo de permanencia en cama es cada vez mayor, derivando en una posible situación denominada “riesgo de síndrome de desuso”; situación que puede conducir a la aparición de diferentes complicaciones importantes respiratorias, cardiovasculares, urinarias, cutáneas...

OBJETIVOS: Analizar las distintas acciones para prevenir el riesgo de síndrome de desuso.

METODOLOGÍA: Para este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a partir de bases de datos y metabuscadores de evidencia científica: Scielo y Cochrane Plus. Las estrategias de la búsqueda se realizaron en función de la fuente consultada, haciendo uso de los siguientes descriptores: Riesgo de síndrome de desuso, demencia, movilidad reducida y prevención. Se han tenido en cuenta los siguientes aspectos para ser incluidos: Artículos que analizan las acciones para prevenir el riesgo de síndrome de desuso. Revisiones sistemáticas relacionadas con este síndrome. Se excluyó todo aquel artículo que no cumplía los criterios mencionados.

RESULTADOS: Entre las acciones que se deben emprender en esta situación: Incentivar la movilización tanto activa como pasiva. Proteger la integridad de la piel. Cuidar la alimentación y asegurar una correcta ingesta tanto de líquidos como de nutrientes. Controlar y cuidar los problemas de la eliminación: incontinencias o estreñimiento. Levantar al paciente de la cama al sillón o silla de ruedas, al menos 1 o 2 veces al día.

CONCLUSIÓN: Con el avance de la demencia, el paciente va experimentando una reducción de la movilidad, siendo frecuente en etapas avanzadas que se presente un deterioro de los sistemas corporales. Es fundamental, la promoción de las actividades anteriormente descritas para mantener al paciente en las condiciones más favorables y así evitar posibles complicaciones.

PALABRAS CLAVE: RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO, DEMENCIA, MOVILIDAD, PREVENCIÓN.

ANÁLISIS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

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

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer demasiado tiempo en una misma posición. Normalmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como por ejemplo, los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si la persona está encamada o utiliza sillas de ruedas. Las úlceras por presión pueden poner la vida en peligro ya que pueden causar infecciones graves.

OBJETIVOS: Determinar el plan de cuidados y la actuación del personal sanitario para la prevención de las úlceras por presión en los pacientes para mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados a las personas en riesgo de desarrollarlas o ya padeciendo las úlceras por presión.

METODOLOGÍA: La metodología seguida en la elaboración ha consistido en la revisión bibliográfica en bases de datos informatizadas como Pubmed, Medline, Scielo, Humv, Dialnet, Cuiden y buscadores como Google Académico.

RESULTADOS: Todos los pacientes con úlceras por presión deben recibir medidas preventivas al igual que pacientes en situación de riesgo como es la presión, la humedad, inmovilidad, déficit nutricional. Por lo que es necesario dar información a los pacientes o sus familiares ya que es un elemento esencial a la hora de aportar cuidados de calidad.

CONCLUSIÓN: Las actividades llevadas a cabo por parte del personal auxiliar de enfermería en relación a la prevención para reducir el riesgo de desarrollar úlceras por presión. Por lo tanto la prevención es el pilar fundamental para poder disminuir la incidencia. Las UPP son un problema de salud que afecta gravemente al paciente tanto física como psicológicamente, además de afectar a sus familiares y al sistema de salud por el gran coste que conlleva. Por eso es esencial la prevención de esta afección en los pacientes ancianos que nos encontremos con riesgo de padecerlas.

PALABRAS CLAVE: UPP, CUIDADOS AUXILIARES, UPP ENCAMADOS, PREVENCIÓN.

IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN RESIDENTES ENCAMADOS

MARIA JESÚS PADIAL HERMOSO, EVA MARIA MARQUEZ JIMENEZ, MARIA COMINO ORTEGA

INTRODUCCIÓN: Los cambios posturales en pacientes encamados son los que realizan el equipo de enfermería para movilizar o cambiar de postura al residente, generalmente son ancianos, ya que ellos por si solos no lo pueden hacer. Los cambios posturales son muy beneficiosos para mejorar su salud, proporciona confort y comunicación.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios que conlleva los cambios posturales en pacientes encamados que no pueden moverse por ellos mismos.

METODOLOGÍA: Se estudió el estado de residentes de varios centros de ancianos, con edades comprendidas entre 70-90 años, en donde se proporcionan cambios posturales. Para valorar el riesgo de la probabilidad de aparición de úlceras por presión utilizamos la escala de evaluación de Braden, Norton, Waterlow, Emina, Cubbin Jackson. Es importante la aportación del auxiliar de enfermería ya que, en el aseo del residente, observa el estado de su piel.

RESULTADOS: Concluimos en que el 97% de los residentes con discapacidad de movilidad, a los que se les proporcionaron los cambios posturales, obtuvieron mayor comodidad y confort, evitando y reduciendo la posibilidad de la aparición de úlceras por presión, mejorando la circulación sanguínea. Incluso algunos se beneficiaron para expulsar mucosidades acumuladas. Las úlceras dañan tanto el estado físico como el anímico del residente.

CONCLUSIÓN: Hay que informar tanto a los familiares como a los profesionales de los beneficios que aportan los cambios posturales, ya que constituye el método más eficaz para abordar problemas de incapacidad de movimiento.

PALABRAS CLAVE: CAMBIOS POSTURALES, RESIDENTES, INMOVILIDAD, BENEFICIOS.

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS

MARIA CARMEN CRESPO GARCIA, MARÍA DE LAS MERCEDES GARCIA RODRIGUEZ, MARIA GOMEZ CARREÑO

INTRODUCCIÓN: Las infecciones del tracto urinario (ITU) se consideran una de las infecciones más comunes y representan un grave problema de salud pública, que afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen. Es considerada la segunda infección más prevalente y habitual en ancianos institucionalizados, por lo que la implementación de intervenciones orientadas a su prevención constituyen una prioridad.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad de una intervención de enfermería dirigida a la prevención de las infecciones del tracto urinario en un centro residencial para la tercera edad.

METODOLOGÍA: Revisión basada en la evidencia científica. Se usaron la siguiente base de datos: Cuiden, Scielo, Pubmed.

RESULTADOS: El personal que se encarga de la atención directa del residente, especialmente Enfermería y gerocultores, resulta esencial en tanto que pueden ser un importante factor en la cadena de transmisión de las enfermedades infecciosas. Por ello es preciso la aplicación de normas higiénicas contrastadas de tipo educativo entre los cuidadores, los ancianos y sus visitantes, para poder prevenir y minimizar al máximo las ITU.

CONCLUSIÓN: Los mayores institucionalizados, presentan múltiples factores de riesgo que incrementan y propician las ITU: anomalías estructurales y urodinámicas, estenosis, hiperplasia prostática, incontinencia urinaria y/o fecal, diabetes, inmunodeficiencia, tratamientos inmunosupresores e instrumentalizaciones (sondajes, colectores, absorbente). En la mayoría de los casos son las manos del personal que atiende a la persona mayor las que juegan el papel fundamental como vehículo de transmisión de la enfermedad de un residente enfermo a un residente sano. Por esta razón dedicaremos especial atención al lavado de manos, cambio de guantes e higiene del uniforme son algunas de las medidas a tomar para evitar este tipo de infección.

PALABRAS CLAVE: INFECCIÓN URINARIA, ITU, PREVENCIÓN, CUIDADOS ENFERMEROS, GERIATRÍA, INSTITUCIONALIZADOS.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO EN PERSONAS MAYORES

LORENA CARMONA CARRASCO, ANA MARIA MORA VAZQUEZ, PALOMA LIBRERO MÁRQUEZ

INTRODUCCIÓN: El dolor es una experiencia sensorial negativa sufrida por una lesión física que afecta a las personas a lo largo de toda su vida, y afecta mermando la calidad de vida ya que compete a la persona en todas sus funciones biopsicoemocionales. El dolor crónico es una sensación desagradable, repentina o gradual, de intensidad variable, constante o recurrente, sin final predecible y con una duración mayor de 6 meses. El dolor crónico es una sensación subjetiva, cuya intensidad y tolerancia depende del significado que la propia persona otorgue a su dolor y de su percepción.

OBJETIVOS: Determinar y analizar protocolo y técnicas para saber identificar el dolor en personas mayores; y así poder intervenir desde el ámbito de enfermería y mejorar la calidad de vida de los pacientes contemplando un abordaje multifactorial.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda exhaustiva de revisiones bibliográficas, estudios y artículos científicos relacionados con el dolor en personas mayores. Los descriptores que se han utilizado han sido: dolor en personas mayores, dolor crónico, terapias no farmacológicas y manejo del dolor crónico.

RESULTADOS: El equipo de enfermería ayuda a aliviar el dolor mediante diversas intervenciones, donde se incluye las técnicas no farmacológicas. Evalúa la efectividad de dichas intervenciones y revisa los efectos adversos que puede causar. Hay muchas actividades de enfermería no farmacológicas que pueden ayudar a aliviar el dolor, las cuales, además, suelen ser de bajo riesgo para el paciente. La combinación de estas técnicas con el tratamiento médico adecuado, es la manera más eficaz de hacer desaparecer el dolor.

CONCLUSIÓN: Las intervenciones enfermeras juega un papel muy importante, y que el tratamiento no farmacológico es un pilar fundamental para el alivio del dolor.

PALABRAS CLAVE: DOLOR EN PERSONAS MAYORES, DOLOR CRÓNICO, TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS, MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO.

APOYO PSICOSOCIAL A LAS PERSONAS MAYORES

CRISTINA MACIAS VILLANEGO, MARIA OGALLA FLORES, GEMMA REAL ORGANVIDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 54 años de edad que acude a la consulta de enfermería para revisión del sintrom. Nos comenta que lleva varias semanas, tras una caída en la calle, con dolor en los miembros inferiores, y que se le hace un mundo salir a pasear desde entonces, porque no se siente seguro de sí mismo. Refiere que hay veces que le fallan las rodillas y le da miedo a caer de nuevo. Como antecedentes personales indica diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, ICTUS hace tres años. Está en tratamiento con metformina, enalapril y sintrom.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se deriva al médico de guardia para exploración física de miembros inferiores, así como valoración cognitiva y neurológica completa. Se solicita como pruebas complementarias, electrocardiograma, toma de tensión arterial, glucesmia y frecuencia cardíaca. Se realiza radiografía comparativa de ambas rodillas.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome ansioso-depresivo tras caída. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se valoran las pruebas realizadas, sin detectar alteraciones en la radiografía ni el electrocardiograma, por lo que se descarta cualquier patología ósea y cardiológica. Sus constantes vitales eran normales y la exploración física también. Una vez descartadas dichas enfermedades, se puede deducir que el paciente tiene miedo a salir a la calle, a causa del episodio sufrido hace varias semanas. Se deriva a psicóloga para tratamiento.

CONCLUSIONES: En las personas mayores, muchas veces la atención es una parte importante del trabajo enfermero, puesto que pasan mucho tiempo solas, y no se comunican con facilidad. Por esto es importante valorar al paciente de forma íntegra, teniendo en cuenta lo que nos quiere contar realmente. De esta manera podremos darle nuestro apoyo psicológico, ayudándoles a superar ciertos episodios que, no son fáciles de afrontar a esas edades.

PALABRAS CLAVE: ENVEJECIMIENTO, APOYO PSICOLÓGICO, ESCUCHA ACTIVA, ANCIANOS.

RELACIÓN DEL TABACO Y EL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL

CARMEN GRANADOS PIEDRA, ROSA MARIA SANTIN GARCIA, MELANIA MARTINEZ ILLANA, LLIBERTAT ALTOZANO MARTÍN, CRISTINA HERNÁNDEZ CABRERA, CARMEN MARTIN PASCUAL, DOLORES MIRALLES GARCIA, MARTA GALINDO TUTUSAUS, LAURA ALFRANCA I HONTORIA, ANDREA CRISTINA CHIAPPE PIÑEIRO, CRISTINA MUÑOZ MARTIN, ELENA QUESADA HERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: El tabaquismo es un grave problema para la salud en los pacientes con trastorno mental grave asociado a la morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS: El objetivo que se pretende alcanzar con este estudio es que ya que existe vinculación entre la relación de la patología mental y la dependencia a la nicotina queremos demostrar que nuestro centro de trabajo cumple esta hipótesis.

METODOLOGÍA: En el método se realiza un estudio descriptivo en una unidad de psicogeriatría con una muestra de 37 varones con enfermedad mental en la que las relacionamos: la edad, el sexo, patología mental y hábito tabáquico.

RESULTADOS: A continuación, se destacan los resultados obtenidos: El número de fumadores por patología son los siguientes: 11 esquizofrenia, 7 depresión, 2 retraso, 1 otras Y como porcentaje de los fumadores: 58% no son fumadores y el 42% si son fumadores.

CONCLUSIÓN: Tras los análisis de los resultados se confirma con nuestro estudio que los enfermos mentales de esta unidad fuman más cigarrillos en un alto porcentaje (58%) y poseen síntomas de abstinencia con más intensidad que el resto de la población. Se determina que la patología con más número de fumadores es la esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE: TABAQUISMO, PATOLOGÍA MENTAL, ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO MENTAL GRAVE.

RIESGO DE CAÍDAS EN LOS ANCIANOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 84 años de edad que acude a urgencias por dolor intenso con impotencia funcional en la cadera derecha por caída en las escaleras de su domicilio. No refiere traumatismo craneal ni pérdida de conciencia. A. P de HTA e hipercolesterolemia. Ictus con secuelas de paresia en MID.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Estado general e hidratación normal, profunda y normocoloreada, Se observa hematoma local a nivel de cadera derecha con dolor al tacto e incapacidad funcional de miembro inferior derecho. Resto de la exploración sin datos relevantes. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación normal. Radiografía de pelvis: fractura de cadera.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de cadera. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 1. NANDA: Riesgo de caídas. NOC: Conducta de prevención de caídas. Indicador: Colocación de barreras para prevenir caídas. NIC: Prevención de caídas. 2. NANDA: Deterioro de la movilidad física NOC: Movilidad. NIC: Terapia de ejercicios: ambulación. 3. NANDA: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indicador: Ausencia de lesión tisular. NIC: Prevención de úlceras por presión.

PLAN DE CUIDADOS: Disminuir las características del ambiente que puedan aumentar las probabilidades de caídas. Facilitar dispositivos de ayuda. Recomendar adaptaciones en el hogar para mejorar la seguridad Ayudarle con la deambulación inicial. Vigilar el uso por parte del paciente del dispositivo de ayuda para andar. Ayudarle a ponerse de pie y deambular distancias determinadas. Evitar la humedad excesiva en la piel. Examinar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión. Vigilar y evitar fuentes de presión y fricción.

CONCLUSIONES: La fractura de cadera es el daño discapacitante más común y la causa de muerte accidental más usual en el anciano. El propósito principal que debemos desarrollar es reducir la mortalidad y lograr recuperar la situación funcional previa a la fractura procurando conseguirlo en el menor tiempo posible, y estableciendo habilidades necesarias para que estos beneficios se mantengan largo plazo. Las actividades de enfermería están dedicadas a promover la asistencia de cuidados plenos.

PALABRAS CLAVE: CADERA, FRACTURAS, ENVEJECIMIENTO, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

HIGIENE DE MANOS Y USO CORRECTO DE GUANTES EN RESIDENCIAS

ERIKA DOMINGUEZ BARBOSA, KAREN DOMINGUEZ BARBOSA, FRANCISCO JAVIER SOLANO BARRAGÁN

INTRODUCCIÓN: Una correcta higiene de manos, junto al uso adecuado de guantes no estériles es el método más simple y efectivo para reducir las infecciones entre los residentes. El lavado de manos consiste en la frotación vigorosa de las mismas, previamente enjabonadas, seguidas de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, y así evitar la transmisión de microorganismo de residente a residente.

OBJETIVOS: Conocer la importancia de la correcta higiene de manos y la adecuada utilización de los guantes.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en base de datos, búsqueda de información y experiencia laboral.

RESULTADOS: Lavarse las manos meticulosamente e inmediatamente después del contacto con el residente y antes de establecer contacto con otro, al igual que después de haber estado en contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y equipos contaminados por dichos elementos, es un componente importante para el control de la infección y las medidas preventivas de aislamiento. Junto al lavado de manos, el uso de guantes desempeña un papel importante en la reducción de los riesgos de transmisión de los microorganismos. Hay 3 razones importantes para utilizar guantes en la residencia: Proporcionan una barrera protectora. Reducen la transmisión de microorganismos de las manos del profesional al residente. Reducen la probabilidad de que las manos contaminadas del personal transmitan esos microorganismos a otros residentes. De ahí la importancia del cambio de guantes entre residente y residente y el correcto lavado de manos tras la retirada de los mismos. Además del jabón convencional, existen jabones antimicrobianos y antisépticos que no requieren el uso de agua en situaciones específicas.

CONCLUSIÓN: El uso incorrecto de guantes no estériles está asociado a un aumento de infecciones cruzadas. Es muy importante concienciar al personal de la correcta higiene de manos.

PALABRAS CLAVE: HIGIENE DE MANOS, GUANTES, RESIDENTES, INFECCIÓN, PROFESIONALES.

DETECCIÓN Y VALORACIÓN DE COMPLICACIONES DE USUARIOS DIABÉTICOS MAYORES DE 65 AÑOS EN CENTROS DE DÍA EN ALBACETE

INMACULADA GARCIA POLO, ISABEL BENEROSO LÓPEZ, MARIA JESUS CUENCA ABARCA

INTRODUCCIÓN: Se realizó un estudio en los principales centros de día más frecuentados en Albacete para usuarios mayores de 65 años.

OBJETIVOS: Determinar la existencia de Diabetes mellitus entre esta población, así como el riesgo de alteraciones vasculares y nivel de dependencia relacionado con esta patología.

METODOLOGÍA: Estudio cuantitativo y aleatorio con una muestra poblacional de 150 usuarios que acuden diariamente a estos centros. La técnica empleada para la detección de esta patología fue la obtención de HBA1c en sangre. Para valorar el nivel de dependencia se usó la escala de Barthel y se realizó una anamnesis a cada usuario sobre su calidad y tipo de vida.

RESULTADOS: Se estima que el 23,81% de los usuarios fueron diagnosticados de DM tipo II. A nivel vascular el 32% no manifestó complicaciones derivadas de la diabetes pero el 68% restante manifestó complicaciones tanto a nivel macro como microvascular (retinopatías, hipertensión arterial, pie diabético). Los usuarios diabéticos que obtuvieron una puntuación <50 en la escala de Barthel fue el 48,22% mientras que los no diabéticos fue un 61,31%.

CONCLUSIÓN: Los usuarios con DM tipo II deben someterse a un control de patologías vasculares en el momento del diagnóstico y luego de forma periódica para evitar complicaciones. Uno de los grandes problemas encontrados fue el sobrepeso con lo que este sería un factor a tratar e informar a los usuarios sobre el efecto nocivo que esto puede acarrear. El 69,6 de los diabéticos estaban bien controlados con HBA1c < o = 7 Fomentar visitas regulares con el personal de enfermería para un control metabólico y reducir riesgos vasculares.

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS, ALTERACIONES VASCULARES, OBESIDAD, NIVEL DEPENDENCIA.

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LA POBLACIÓN: GERIATRÍA

ALVARO JESUS BELMAR RUFO, ALBA CARDENAS TINEO, ALMUDENA GONZALEZ DE AQUINO

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento no es una enfermedad, se define como un proceso multifuncional con pérdidas progresivas de las funciones, que la acompaña un incremento de la morbilidad y fertilidad con el avance de la edad. A veces se percibe desde un punto de vista clínico como una colección de enfermedades. Se deben tener en cuenta muchos aspectos de la vida diaria para llegar a la vejez de una forma saludable.

OBJETIVOS: Analizar el envejecimiento activo en la población.

METODOLOGÍA: Es un estudio multidimensional e interdisciplinario, que se realiza para poder identificar los problemas de dichas personas cuando llegan a la vejez, con el objetivo de realizar un plan de tratamientos y seguimientos de dichos problemas para mejorar la calidad de vida.

RESULTADOS: Se estudiaron 600 personas adultas de manera espontánea durante un periodo de tiempo determinado. El 20% cumplían las condiciones de anciano débil, un 10% necesitaban ayuda para ciertas actividades instrumentales, un 20% no era capaz de realizar tareas de la vida diaria básicas (ej: comer, asearse..), Un 40% de las personas tenían alteración de la marcha y el otro 30% tenían problemas de incontinencia urinaria y trastornos depresivos.

CONCLUSIÓN: La aplicación de un protocolo de valoración geriátrica en atención primaria nos permite detectar problemas no conocidos en ancianos.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, ENVEJECIMIENTO, VALORACIÓN, PREVENCIÓN.

HÁBITOS SALUDABLES EN LA HIGIENE BUCAL DE LA POBLACIÓN ADULTA

ASCENSION FERNANDEZ GONZALEZ, MARIA TERESA MENA NAVARRO, ISABEL SANCHEZ PARRA

INTRODUCCIÓN: La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. Una higiene bucodental proporciona unos dientes limpios y sin restos de alimentos. La encías presenta un color rosado, no duelen ni sangran con el cepillado y nuestra boca huele saludablemente.

OBJETIVOS: Analizar bibliografía existente sobre: Promover la adquisición de hábitos y costumbres saludables en relación a la higiene bucodental. Facilitar la autoestima a través del cuidado personal. Fomentar la salud bucodental entre la población adulta.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en español y en inglés en las bases de datos Pubmed, Cochrane Library, Scielo y Medline. Además de publicaciones, guías y manuales en relación con este tema en los últimos diez años.

RESULTADOS: Debemos de conocer las alteraciones bucales durante todas las etapas de nuestra vida, pero haremos hincapié en la edad adulta. El uso de prótesis dentales, la toma de medicación y los trastornos generales de la salud, suelen ser más comunes en esta etapa de la vida. Nos adentraremos en cómo realizar un correcto uso del cepillado dental y como mantener nuestra boca limpia y libre de problemas.

CONCLUSIÓN: En la vejez, la alta prevalencia de comorbilidades y las barreras para el cuidado, se observa un déficit en la higiene bucodental, identificándose con un alto riesgo de enfermedades en adultos, con lo que haremos hincapié en la educación sanitaria a personas en edad adulta, lo cual nos ayudará a prevenir enfermedades bucodentales, a aumentar nuestro autoestima a través del cuidado personal y lograremos la adquisición de hábitos y costumbres saludables en nuestra higiene bucodental.

PALABRAS CLAVE: HIGIENE BUCAL, CUIDADOS BUCODENTALES, AUTOCUIDADOS, SALUD BUCODENTAL.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA, CUIDADOS FAVORABLES Y NO FAVORABLES EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA JOSÉ MOLINA CARO, MARÍA TRINIDAD GARCÍA PÉREZ, ESTHER TAPIA FUENTES

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel producidas por una presión prolongada de un tejido blando sobre un plano duro. Ésto, de manera prolongada, interfiere en la llegada de sangre a la zona y produce una necrosis, o lo que es lo mismo, la muerte de las células que lo conforman.

OBJETIVOS: Conocer aspectos favorecedores en la aparición de UPP. Identificar aspectos favorecedores en la prevención de UPP.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática y bibliográfica a través de las siguientes bases de datos: Dialnet, Intramed y Scielo. Utilizando los siguientes descriptores: prevención, cuidados, UPP. Los datos de inclusión fueron estudios desde el año 2007 al 2017, en español e inglés.

RESULTADOS: La aparición de la UPP se ven favorecidas por la presión directa del cuerpo con otra superficie dura, por el roce al desplazar por arrastre un paciente en la cama, o por cizallamiento cuando la persona se desliza hacia abajo en el asiento. Son varios los aspectos que se deben tener en cuenta para su prevención: examinar la piel prestando especial atención al color, induración y temperatura durante la higiene y cambios posturales; vigilar las prominencias óseas, zonas húmedas por incontinencia o secreciones, y zonas en contacto con sondas o férulas; ante zonas enrojecidas se protegerán y se mantendrán sin contacto con otras superficies mediante cambios posturales o dispositivos como almohadas entre zonas del cuerpo; la piel debe estar siempre seca, limpia e hidratada, el agua debe ser tibia y el jabón neutro, usar ácidos grasos hiperoxigenados.

CONCLUSIÓN: Varios estudios consultados coinciden en la relación de UPP con un aumento de morbimortalidad en los pacientes ingresados y una prolongada estancia hospitalaria. De ahí la importancia de que la auxiliar de enfermería junto con el resto de personal sanitario ofrezca unos cuidados de calidad que ayuden a prevenir su aparición.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA, PRESIÓN, TCAE, CUIDADOS.

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL ANCIANO CON INSOMNIO

IRENE DE LOS RIOS RODRIGUEZ, JUAN DAVID HERNÁNDEZ CESAR, SUSANA CAPARROS FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: El insomnio es el problema para conciliar el sueño, o el problema para mantenerlo, causando despertares nocturnos mayores de 30 minutos, o despertándose de forma definitiva. Según la duración del problema también puede dividirse en insomnio agudo si dura menos de 4 semanas, subagudo cuando tiene una duración entre 4 semanas y 6 meses, o crónico si dura más de 6 meses.

OBJETIVOS: Conocer los cuidados que puedan favorecer el sueño.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, Cuiden utilizando los descriptores, anciano, insomnio, sueño, consejos.

RESULTADOS: Explicar a la persona que el hecho de despertarse frecuentemente durante la noche es normal. Dormir en un lugar tranquilo en el que no haga demasiado calor o frío y tener una rutina relajante alrededor de la hora de ir a la cama pueden ayudar a aliviar los síntomas. También pueden ayudar a estimular el sueño algunos de estos consejos: Evitar los estimulantes como la cafeína en la tarde. Evitar las comidas pesadas antes de acostarse, si bien es cierto que no es recomendable irse con hambre a la cama. Acostarse y despertarse habitualmente a la misma hora todos los días. Establecer comportamientos rutinarios que se asocien con el sueño, por ejemplo: tomar un vaso de leche, ponerse el pijama, etc. Evitar las siestas.

CONCLUSIÓN: Evitar en lo posible el uso de pastillas para dormir, ya que estas pueden producir dependencia, y con el tiempo llevar al empeoramiento de los problemas de sueño si no se usan correctamente.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, INSOMNIO, SUEÑO, CONSEJOS.

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN DE ORINA EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER

IRENE DE LOS RIOS RODRIGUEZ, JUAN DAVID HERNÁNDEZ CESAR, SUSANA CAPARROS FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La infección de orina es uno de los procesos infecciosos más comunes entre las personas mayores, ya que su sistema inmunitario es más débil y los hace más vulnerables a las bacterias que la provocan.

OBJETIVOS: Analizar la frecuencia y las causas de las infecciones de orina en los enfermos de Alzheimer.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio en un centro diurno para enfermos de Alzheimer, durante un periodo de tiempo de 12 meses. Estos usuarios tienen diferentes grados de demencia, de los que se escogen 5 usuarios con demencia leve, 5 con demencia moderada y 5 con demencia aguda.

RESULTADOS: Se obtiene como resultado que solo un 15% de los usuarios con demencia leve han padecido infección de orina de carácter leve. De los usuarios con demencia moderada han padecido infección de orina un 35%, mientras que en los usuarios con demencia aguda la infección de orina ha aumentado hasta 50%.

CONCLUSIÓN: Se llega a la conclusión de que a mayor grado de demencia aumenta el riesgo de porcentaje de pacientes que padecen infección de orina, siendo difícil de eliminar y siendo necesario el ingreso hospitalario en algún caso. Una de las causas que favorecen la aparición de infecciones destaca el uso de absorbentes en la demencia moderada y aguda debido a la incontinencia urinaria. Con la edad los músculos de la vejiga se aflojan y cuando el anciano va a orinar esta no llega a vaciarse completamente, quedando orina residual que contribuye al crecimiento de estas bacterias.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, CAUSAS, INFECCIÓN DE ORINA, SÍNTOMAS.

ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS AL PACIENTE TERMINAL GERIÁTRICO

JOSEFINA GALLEGO HERNANDEZ, ANA MARIA PARRA JODAR, ANA MARTÍNEZ CANO

INTRODUCCIÓN: A lo largo del ciclo vital el ser humano pasa por diferentes etapas, y el final de la vida es una más que debe aceptarse como otra parte del proceso natural y biológico por el que todos pasaremos. Una enfermedad terminal es la que se encuentra en el último estadio de su evolución y a la que sucederá la muerte de la persona en un plazo relativamente corto, por término medio en unos meses.

OBJETIVOS: Conocer la importancia de los cuidados al paciente terminal.

METODOLOGÍA: Las bases de datos consultadas para la búsqueda son: Medline plus, Cochrane plus, National Institute of Mental Health. Los descriptores utilizados han sido las palabras clave arriba nombradas.

RESULTADOS: Se puede hablar de atención o cuidados paliativos cuando se establece un programa de tratamiento cuyo objetivo es mantener o mejorar las condiciones de vida, cuando estos no respondan ya a un tratamiento curativo, a la vez que potenciar el bienestar y mantener la dignidad. Como finalidades de estos cuidados cabe señalar también, calmar el dolor, controlar los síntomas, proporcionar apoyo psicológico, mantener la vida reafirmando su importancia pero sin alargarla ni acortarla y apoyar a la familia. La enfermedad terminal se puede presentar a cualquier edad, pero en geriatría es donde con más frecuencia aparecen situaciones irreversibles que conducen a la muerte, pero afortunadamente la esperanza de vida ha aumentado con lo que se ha prolongado la vida de persona en situaciones de enfermedad que hace años no habría sido posible, gracias a los avances de la ciencia.

CONCLUSIÓN: Una vez diagnosticada la enfermedad tenemos como finalidad asistir todos los problemas que se vayan planteando durante esta etapa de su vida y de su enfermedad para poder conseguir su bienestar, evitar su sufrimiento, preparar y lograr una muerte digna. Caben destacar los cuidados físicos (higiene, alimentación, movilización, descanso, etc), psicológicos (comunicación), actitud de empatía y comprensión.

PALABRAS CLAVE: TERMINAL, SUFRIMIENTO, ETAPA, ESPERANZA.

SUJECIONES MECÁNICAS EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MÓNICA MARTÍNEZ CABALLERO, NÉLIDA CAMPILLO VERDÚ, ANA BELÉN NICOLÁS VIGUERAS, FRANCISCO LOPEZ NAVARRO, JOSEFA LUCAS GARCIA, MARIA ANGELES INIESTA GARZON

INTRODUCCIÓN: Una sujeción mecánica se emplea para restringir movimientos del cuerpo, con el objetivo de evitar situaciones que pueden amenazar la integridad física de la propia persona o terceros. Su uso provoca controversia debido a las repercusiones físicas, ético-morales y/o jurídicas que conllevan.

OBJETIVOS: Conocer el estado actual de las investigaciones sobre las sujeciones mecánicas en personas mayores institucionalizadas y analizar su prevalencia y consecuencias.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda de la bibliografía publicada durante los últimos cinco años en las bases de datos: PubMed, CUIDEN, Lilacs, Cochrane Library Plus, utilizando los siguientes términos: contención, restricción, sujeción, geriatría, prevalencia, consecuencias. Se incluyeron artículos en inglés y español de personas mayores institucionalizadas en centros residenciales, con disponibilidad a texto completo.

RESULTADOS: Existe un gran desafío para reducir el uso de sujeciones a través de intervenciones formativas. Sin embargo, los estudios arrojan resultados contradictorios sobre la efectividad de las mismas. Los datos relacionados con la prevalencia presentan una amplia variabilidad (0-98%). Las consecuencias que se derivan del uso de sujeciones mecánicas, pueden ser a nivel físico y/o psicosocial.

CONCLUSIÓN: Nos encontramos todavía ante un gran reto, en parte debido a las graves consecuencias que puede ocasionar el uso irracional de este tipo de dispositivos. Sin embargo, existe una escasez generalizada de estudios; por lo que es necesario seguir realizando estudios. No podemos olvidar la necesidad aún patente de mejorar la formación de los profesionales para que hagan un uso racional de las mismas.

PALABRAS CLAVE: RESIDENCIA, SUJECIÓN, CONTENCIÓN, GERIATRÍA.

EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DE UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

MARIA VIRGINIA RODRIGUEZ POZO, REYES SOTO CHACÓN, MARIA TERESA VIQUE MORALES

INTRODUCCIÓN: Las personas mayores con hipertensión residentes en una residencia geriátrica, suelen preocuparse poco ya por su salud. Muchos de ellos se sienten frustrados porque no pueden estar con su familia, por la enfermedades que ya a cierta edad empiezan a aparecer y porque a veces no están cómodos. La función enfermera en este aspecto es tratar de apoyarlos, hacerlos sentir bien y hacerles comprender que para evitar complicaciones en el estado de salud es necesario llevar unas pautas.

OBJETIVOS: Conocer la actuación ante paciente con hipertensión en una residencia geriátrica.

METODOLOGÍA: La metodología utilizada ha sido una revisión sistemática, en primer lugar se realiza una búsqueda bibliográfica informatizada utilizando los descriptores: Hipertensión, alimentación, ejercicio físico en ancianos. Las bases de datos utilizadas han sido Dialnet, MedlinePlus y Enfermería 21.

RESULTADOS: Reducir el consumo de sal, cafés, azúcares en residencias geriátricas, proporcionar medios para realizar ejercicios físicos dentro de las posibilidades de cada persona, y hacer que se sientan apoyados y queridos. Además de la medicación que ya viene pautada por un especialista, la enfermera sigue un plan de cuidados para determinar la causa, crea un ambiente familiar organizando eventos o ejercicios que les hagan sentir activos. Lo más importante de una persona mayor es que se sienta bien y se sienta querido.

CONCLUSIÓN: Lo más importante además de la salud es la alegría que sienta cada paciente cuando se refiera a su vida actual. Mientras que se sientan bien harán todo lo posible por mejorar en las alteraciones del organismo, por eso lo más importante es que se sientan activos y queridos.

PALABRAS CLAVE: ALIMENTACIÓN, ANCIANOS, HIPERTENSIÓN, EJERCICIO FÍSICO.

CUIDADOS BUCALES EN PACIENTE DEPENDIENTE POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

MANUEL VELA MEDEL, MARÍA FRANCISCA DELGADO LÓPEZ, MARÍA MERCEDES RODRIGUEZ SORIA

INTRODUCCIÓN: La higiene es una necesidad básica. Uno de los cuidados más importantes que se presta al paciente es el que se refiere a su higiene personal y dentro de esta los cuidados bucales. Sin una correcta higiene personal, es más posible que aparezcan procesos patológicos que pueden agravarse debido a una mayor vulnerabilidad y menor resistencia del organismo. El equipo de enfermería (enfermera y TCAE) son figuras importantes en el mantenimiento de la salud bucal de pacientes y educación de pacientes y cuidadores.

OBJETIVOS: Conocer la importancia de mantener una higiene apropiada en la cavidad oral, evitar caries, sequedad, malos olores o grietas en lengua y labios; y prevenir la aparición de infecciones. Valorar la autonomía del paciente y fomentar el autocuidado.

METODOLOGÍA: Se ha procedido a la revisión bibliográfica al respecto en bases de datos Cuiden y Scielo. Consulta de protocolos y guías específicos al respecto. Los descriptores utilizados han sido las palabras clave arriba nombradas.

RESULTADOS: El mantenimiento de la higiene bucal supone uno de los cuidados fundamentales que la enfermera y el TCAE como parte de la higiene general del paciente y que hacen que se genere salud. El manejo de la higiene bucal por parte de los cuidadores supone una parte fundamental de la tarea del profesional del equipo de enfermería.

CONCLUSIÓN: El cuidado oral garantiza una buena salud oral y contribuye a la prevención de enfermedades sistémica y la mejora de la calidad de vida. La educación suministrada por el equipo de enfermería bien sea la enfermera o TCAE puede cambiar los conocimientos y actitudes de pacientes y cuidadores sobre la importancia de los cuidados bucales.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, BUCALES, PACIENTE, DEPENDIENTE.

ABORDAJE DE LA HIGIENE EN EL ANCIANO ENCAMADO GERIÁTRICO

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

INTRODUCCIÓN: Cuando aseamos a un paciente, aprendemos muchas cosas de él, no solo valoramos el estado de pureza de su piel, sino que al ser un momento de intimidad podemos ver sus sentimientos, escuchamos sus necesidades y creamos un clima común en el que la confianza crecerá entre el paciente y el auxiliar de enfermería.

OBJETIVOS: Determinar las medidas para mantener una buena higiene en el paciente. Identificar los beneficios de una higiene óptima en el paciente encamado.

METODOLOGÍA: Para las recomendaciones sobre el correcto aseo del paciente, 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, incluyendo artículos en español e inglés.

RESULTADOS: Lo primero que debemos hacer es anular las posibles corrientes de aire que puede haber, informar al paciente lo que se le va a hacer y procurar toda la intimidad posible cerrando puertas, cortinas o mamparas si hubiera en la habitación. A continuación preparamos todo el material necesario para el aseo y pondremos al paciente en decúbito supino, nos lavamos las manos y colocamos los guantes. Posteriormente procedemos a realizarle al paciente el aseo de cuerpo entero, empezando por cara, extremidades superiores, inferiores, genitales, etc. Una vez terminado el aseo, secamos al paciente, le aplicamos crema hidratante, ponemos pijama o bata, lo peinamos y perfumamos. Mediante un buen aseo se pretende provocar la sensación de confort, bienestar, ayudar al descanso y eliminar de la piel el exceso de grasa y suciedad.

CONCLUSIÓN: La higiene en la persona anciana supone un aspecto importante en diferentes sentidos, por un lado con el fin de prevenir enfermedades, por otro lado para la recuperación de un buen estado de salud o incluso como estímulo para mantener una calidad de vida adecuada.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, ENCAMADO, ASEO, BIENESTAR, PREVENCIÓN, ESTIMULAR.

ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO DE TERCERA EDAD

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

INTRODUCCIÓN: Supone un un trastorno de primer orden dentro de las enfermedades que suelen tener los ancianos. El anciano suele presentar sentimientos de tristeza, desmotivación y falta de autoestima. Como consecuencia de los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión que ya existe empeore. Algunos de estos cambios son: Mudanza del hogar a una residencia; Dolor o padecimiento crónico; Cónyuge y amigos cercanos que mueren; Pérdida de independencia.

OBJETIVOS: Identificar si existen alteraciones neurocognitivas entre pacientes depresivos y controles.

METODOLOGÍA: Para identificar las recomendaciones sobre la depresión en el anciano se revisa varios artículos buscados on-line a través de distintas bases de datos y revistas científicas sobre el tema tratado según la OMS, incluyendo artículos en español e inglés.

RESULTADOS: Un estudio confirma que existen alteraciones neurocognitivas entre pacientes depresivos y controles. Las diferencias significativas, se observan en habilidades cognitivas como inhibición, memoria de trabajo, atención dividida y en general funciones ejecutivas. Es interesante llevar a cabo un taller para persuadir la depresión, por lo que se plantean unas series de objetivos para mejorar la calidad de vida: fortaleciendo la autoestima del anciano, generando sentimiento de auto valía y utilidad, desarrollando una actitud de autonomía, fomentando la implicación en tareas recreativas, fortaleciendo la confianza en propias capacidades y fomentando creatividad y la libre expresión.

CONCLUSIÓN: La depresión es una patología seria y frecuente en ancianos que además de ocasionar sufrimiento y deterioro en calidad de vida de quienes la padecen y su familia, suponen un factor de riesgo de morbimortalidad en esa edad. El conocimiento y la involucración del médico y personal sanitario que atienden a estas personas son necesarios para realizar una detección y tratamiento oportuno precoz del mismo y reducir el impacto negativo que tiene el paciente, la familia y la comunidad en general.

PALABRAS CLAVE: FOMENTAR, TRASTORNO, CAMBIOS, ADULTO, DEPRESIÓN.

PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA INCONTINENCIA FUNCIONAL

DOLORES MORENO ANTEQUERA, JOSE MARIA MUÑOZ MANZANEDA, ISABEL MARIA BUENO GARCIA

INTRODUCCIÓN: En los pacientes de edad avanzada uno de los principales problemas es la incontinencia funcional, debido a los problemas de memoria, barreras ambientales y síndrome de inmovilidad.

OBJETIVOS: Determinar si un programa de ejercicios de Kegel, mejora el tracto urinario y calidad de vida en una población de adultos de edad avanzada, diagnosticados de incontinencia funcional.

METODOLOGÍA: Estudio longitudinal prospectivo. La muestra estudio fueron 5 mujeres con edades entre los 72 y 78 años. Criterios de inclusión: ausencia deterioro cognitivo, sin patologías de base y por prescripción médica. Criterios de exclusión: pérdida de orina al menos una vez diaria, independientes en la deambulación, con o sin ayuda técnica. El cuestionario pre-post intervención fue ICIQ-SF. La intervención se basó en los ejercicios de Kegel. Se llevó a cabo desde Marzo a agosto del 2017, 3 veces a la semana, durante 40 minutos.

RESULTADOS: Tras pasar el cuestionario ICIQ-S, al inicio del tratamiento la media fue de 15,3 +/- 3,2 y al final 12,6 +/-2,8. La media de mejoría tras seis meses de tratamiento fue 14,1 +/-3,2.

CONCLUSIÓN: La incorporación de un programa de ejercicios de Kegel, mejora el tracto urinario y calidad de vida en una población de adultos de edad avanzada, con incontinencia funcional, como se ha podido demostrar con el presente estudio.

PALABRAS CLAVE: ADULTO MAYOR, EJERCICIOS DE KEGEL, FISIOTERAPIA, INCONTINENCIA URINARIA.

SÍNDROME CONFUSIONAL DESENCADENADO POR INFECCIÓN URINARIA

MARTA GONZÁLEZ CASTAÑO, ANA SUAREZ ALONSO, TAMARA BELLOSO CUESTA, ALBA GONZÁLEZ DÍAZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 79 años que acude a urgencias, donde es imposible realizarle anamnesis por desorientación del mismo. La familia refiere que se despertó por la noche desorientado y que al levantarse de la cama sufre caída con traumatismo craneal. Presenta escoriación en codo derecho y refiere molestias urinarias. Niega fiebre. Como antecedentes personales presenta HTA, arritmia cardíaca, hiperuricemia, colon irritable, hipertrofia prostática y TVP fémoropoplítea derecha en 2011. Paciente anticoagulado con sintrom.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 130/86, FC: 90. Paciente poco colaborador en la exploración dada la desorientación. Presenta herida contusa superficial en codo derecho. Como pruebas complementarias se extrae analítica (bioquímica, hemograma y coagulación), sistemático y sedimento de orina, con un resultado de sangre en orina de 2 y 3 en los leucocitos. Rx de tórax que es normal y TC de cráneo sin contraste IV, donde no se encuentran signos de patología intracraneal aguda.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome confusional desencadenado por infección urinaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ictus, hematoma subdural.

CONCLUSIONES: Por lo que se decide el ingreso del paciente para tratamiento antibiótico IV.

PALABRAS CLAVE: DESORIENTACIÓN, ITU, TCE, INFECCIÓN DE ORINA.

FRACTURA DE CADERA Y MORTALIDAD EN PERSONAS MAYORES

MELANIA VARGAS LARA, FRANCISCA CARBONELL DIAZ, ANA MARIA LOPEZ MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: La fractura de cadera en personas mayores es un problema importante y afecta al paciente en su estado físico, mental, funcional y social más allá de la lesión ortopédica. Según varias fuentes el 50% de los pacientes con fractura de cadera mueren los primeros seis meses después de la lesión y de los que sobreviven la mayoría no se recuperan totalmente. Conociendo los factores que influyen en la mortalidad de los pacientes fracturados de cadera se mejora la calidad de vida del mismo.

OBJETIVOS: Determinar la relación entre la fractura de cadera y la mortalidad en pacientes mayores.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio comparativo donde participaron 50 pacientes con fractura de cadera y 50 sin fractura de cadera durante un año. Se recopilaban datos como: edad, género, tiempo de evolución, saber si al año de evolución el paciente está vivo o falleció y en caso de haber fallecido, saber la causa.

RESULTADOS: En relación al registro se contó con 40 pacientes de género femenino y 10 de género masculino con diagnóstico de fractura de cadera y en el grupo que no padeció fractura de cadera, 35 pacientes fueron femeninos y 15 del género masculino. La principal causa de mortalidad del estudio en los pacientes fracturados de cadera fue la Septicemia y en otro el infarto agudo de miocardio. Con respecto al tiempo de evolución de la mortalidad, la mayor incidencia fue en los primeros 10 meses y al año de la evolución.

CONCLUSIÓN: La fractura de cadera es un factor de riesgo que afecta al índice de mortalidad en personas mayores.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA DE CADERA, MORTALIDAD, PERSONA MAYOR, FACTORES DE RIESGO.

ACTUACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES

VICTORIA MERINA OBREGÓN, PAULA DEL OLMO ROLDÁN, ANA JIMENEZ NOGUERO

INTRODUCCIÓN: Las caídas en personas mayores son de gran importancia por su alta incidencia y su elevada morbimortalidad. Se estima que aproximadamente un tercio de la población mayor de 65 años que vive en la comunidad, sufrirá una caída en el transcurso de un año, pudiendo llegar esta cifra al 50% entre los PM institucionalizados o en los mayores de 80 años. Los factores de riesgo se dividen en: extrínsecos e intrínsecos, dando mayor relevancia a estos últimos. Por tanto, la identificación de estos por parte del personal sanitario, una correcta valoración tras la caída y aplicando las medidas preventivas, puede reducir el riesgo de caída y sus consecuencias.

OBJETIVOS: Identificar la importancia del papel de la enfermería en la prevención de las caídas. Identificar los factores de riesgo, consecuencias, actividades preventivas y actuación.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica sobre “ Actuación en la prevención de las caídas en personas mayores”, en las principales bases de datos y en los metabuscadores: Google académico, The Cochrane Library, SciElo y Dialnet.

RESULTADOS: La mayor parte de las caídas en las PM se deben a varios factores de riesgo, a medida que aumentan estos factores, aumenta el riesgo de sufrir una caída. Se distinguen factores intrínsecos, dependientes del individuo y factores extrínsecos, dependientes del ambiente que rodea al individuo.

CONCLUSIÓN: Desde el ámbito de enfermería es fundamental detectar las causas de las caídas, evaluar las características de la persona mayor, su entorno y actuar sobre los factores de riesgo susceptibles de modificar para prevenirlas.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, CAÍDAS, PERSONAS MAYORES, FACTORES, ENFERMERA.

EL ABANDONO DE LOS PACIENTES MAYORES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

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

INTRODUCCIÓN: La falta de recursos y los recortes con motivo de la crisis, aumentan los casos de abandono de nuestros mayores en Hospitales a causa de enfermedades leves, pero que por edad o pertenencia a grupos de riesgos, quedan ingresados con dificultades para regresar al hogar. El Hospital es propicio para resolver situaciones puntuales de salud pero no es un hogar.

OBJETIVOS: Determinar las causas y los efectos que provoca el abandono de los pacientes ancianos en los centros hospitalarios.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos sobre el abandono de las personas mayores.

RESULTADOS: Para determinar las causas es necesario recabar fórmulas ágiles que amparen a profesionales en altas hospitalarias de ancianos solos o cuyos familiares se nieguen o no acudan a recogerlos. Propiciar el incentivo presupuestario de las Administraciones para alcanzar el estado de bienestar. Averiguar las distintas realidades para prevenir y trabajar con las familias, capacitándolas mediante cursos de cuidados para este tipo de enfermos. Evitar los riesgos físicos que, la permanencia de los ancianos en el Hospital, les puede producir (Deterioro funcional, infecciones, falta de intimidad, autoestima, entorno social...) Por lo que existe un incremento del abandono de mayores en Hospitales. Muchos de estos casos se originan por la extrema miseria de algunas familias o porque viven solas y/o están discapacitadas y no tiene quien les cuide. En muchos casos, el incremento de abandonos en Hospitales se produce en verano (maltrato y negligencia).

CONCLUSIÓN: Es necesario centrar los esfuerzos en promocionar la cultura del buen trato, evitando este problema por parte de sus familiares, ahondando en las distintas realidades para prevenirlas y trabajar con las unidades familiares. Es imprescindible un debate, en todos los sectores sociales, para apostar por la plena dignidad de los ancianos para una asistencia sanitaria geriátrica plenamente ética, construyendo instituciones de cuidados básicos y creando unidades de apoyo a domicilio.

PALABRAS CLAVE: ASISTENCIA SANITARIA GERIÁTRICA, ABANDONO HOSPITALARIO, HOSPITALES DE MAYORES, GERIATRÍA.

ANASARCA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

ALBA GONZÁLEZ DÍAZ, TAMARA BELLOSO CUESTA, ANA SUAREZ ALONSO, MARTA GONZÁLEZ CASTAÑO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude a urgencias la paciente por anasarca refractaria. La paciente que viene acompañada de uno de sus cinco hijos; refiere que fue ingresada recientemente por el mismo motivo, recetándole al alta cuatro comprimidos diarios de seguril. Entre sus antecedentes personales, cabe destacar que es hipertensa y diabética a tratamiento con antidiabéticos orales. Es portadora de marcapasos y ex alcohólica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física nos muestra una TA de 145/85 mmHg con una Tª timpánica de 35,3°C y una saturación de 97%. Padece obesidad mórbida, con un abdomen anodino, voluminoso y probable ascitis. Se aprecian una reducida movilidad articular. Se realiza una analítica completa de sangre, apreciándose presencia de leucocitos en orina.

JUICIO CLÍNICO: Anasarca. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos en la anamnesis y la exploración física, la sospecha inicial es de anasarca. Se le realiza un electrocardiograma, teniendo en cuenta su flutter auricular de base. Los resultados confirman el diagnóstico inicial, además de certificar una anemia ferropénica y una insuficiencia renal crónica.

CONCLUSIONES: La anasarca es una manifestación de una enfermedad más grave; por lo que es importante estudiar y tratar las infecciones, los desequilibrios electrolíticos y las enfermedades que la empeoren (insuficiencia renal y cardíaca como en este caso) mediante el uso de diuréticos y restringiendo la administración excesiva de líquidos. En este caso, además, se le pauta antibioterapia y hierro intravenoso para paliar complicaciones secundarias.

PALABRAS CLAVE: ANASARCA, INSUFICIENCIA RENAL, EDEMAS, INSUFICIENCIA CARDÍACA.

ESTUDIO DE LA SALUD BUCAL DEL ANCIANO EN LA ACTUALIDAD

YOLANDA RODRIGUEZ SUERO, BEGOÑA TOMASA RODRÍGUEZ SUERO, EUGENIA MARIA DIAZ ALMENARA

INTRODUCCIÓN: En el año 2050 en España, los mayores de 65 años representarán más del 30% del total de la población lo que nos lleva a pensar que es un sector de la población muy importante en la actualidad y en un futuro próximo.

OBJETIVOS: Establecer los consejos higiénico-dietéticos (no fumar, no consumir bebidas alcohólicas con moderación, cepillado de dientes después de las comidas, uso de seda dental, no comer entre horas, etc.) Que son muy importantes para una buena salud de la boca (mucosa y dientes) en la vejez.

METODOLOGÍA: Para realizar el estudio se han revisado algunas bases de datos como Pubmed, Cuiden y Scielo, utilizando como descriptores: promoción, consejo, dietético y salud, tanto en español como en inglés. Además, se ha consultado la guía de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía: Consejo Dietético en Atención Primaria.

RESULTADOS: Se recomienda llevar a cabo los consejos higiénico-dietéticos (no fumar, no consumir bebidas alcohólicas con moderación,...) ayuda a mantener una buena salud bucal (cepillado de dientes después de las comidas, uso de seda dental, no comer entre horas, etc.).

CONCLUSIÓN: Los consejos higiénico-dietéticos ayudan a proporcionar beneficios a nivel físico, emocional y así evitar posibles enfermedades bucales derivadas de los malos hábitos alimenticios e higiénicos.

PALABRAS CLAVE: CONSEJOS, SALUD, DENTAL, VEJEZ.

CAMBIOS POSTURALES EN EL PACIENTE ANCIANO

ESTHER LOPEZ FERNANDEZ, CARMEN ROSA PUERTAS NUÑEZ, ELISA ISABEL SEGURA MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: Los cambios posturales se definen como las distintas posiciones que debemos adoptar con nuestro cuerpo y la necesidad de movilización para la prevención de daños en la piel y tejidos.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca de los cambios posturales en el paciente anciano.

METODOLOGÍA: Se realiza estudio bibliográfico sobre los cambios posturales y los beneficios que aportan estos al anciano.

RESULTADOS: Normas básicas a tener en cuenta por el auxiliar de enfermería para la realización de los cambios posturales: Para que estos resulten eficaces deben de realizarse con unos periodos de tiempo concretos. En pacientes encamados, son necesarios cambios posturales cada 2-3 horas. En pacientes sentados, se deben realizar movilizaciones cada 1-2 horas. Si el paciente las puede realizar por sí mismo, se le enseñará cómo hacerlas para que las lleve a cabo cada 15 minutos. Si existieran limitaciones por parte del paciente serán los técnicos auxiliares con ayuda de los celadores los encargados de realizarlos. Al cambiar de posición, las articulaciones deberán moverse en toda su extensión. Las articulaciones se posicionarán en ligera flexión. Valorar el estado de la piel y ver si existe enrojecimiento o no en algunas de las prominencias óseas. También es un momento idóneo para hacer masajes mediante movimientos circulares y siempre a favor del retorno venoso para favorecer el riego circulatorio. Aplicar cremas hidratantes o aceites corporales , para la buena oxigenación de la piel. El auxiliar de enfermería es el encargado de realizar los cambios posturales junto con los celadores.

CONCLUSIÓN: Los cambios posturales tienen distintas utilidades como puede ser la prevención de úlceras por presión, mantener el buen estado del sistema músculo esquelético, favorecer la función cardiovascular y respiratoria y prevenir complicaciones genitourinarias y digestivas.

PALABRAS CLAVE: CAMBIOS POSTURALES, PACIENTE GERIÁTRICO, PREVENCIÓN, ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO COGNITIVO DE LOS ENFERMOS CON PARKINSON: IMPORTANCIA DEL NIVEL EDUCATIVO

INMACULADA GONZALEZ MORALES, TANIA PALENCIAS HORNEDAL, CASILDA ANTONIA MARTINEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Las experiencias vitales, entre ellas la educación, capacitan a las personas para tolerar los efectos de una patología. En la enfermedad de Parkinson (EP) esta reserva cognitiva podría estar beneficiando el rendimiento cognitivo de los pacientes y actuando con un atenuador de los síntomas derivados de una posible demencia asociada.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es el de estudiar el efecto del nivel de educación sobre el rendimiento cognitivo en una muestra de pacientes con EP, e investigar si existe relación entre el nivel de educación adquirido, el deterioro cognitivo y el inicio de la enfermedad.

METODOLOGÍA: La muestra estuvo compuesta por 30 pacientes con diagnóstico de Parkinson sin demencia, que fueron distribuidos en tres grupos dependiendo de su nivel de escolaridad (básica, media y superior), y a los que se les aplicó el MiniMental Parkinson (MMP) como medida de rendimiento cognitivo, y la escala autoaplicada para la evaluación de la depresión con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), con el fin de descartar trastornos depresivos.

RESULTADOS: Se obtuvieron diferencias significativas entre el nivel de educación básico y los niveles medio y superior ($p= 0,016$, $p= 0,003$, respectivamente). No se encontraron efectos significativos con la edad de inicio de la EP entre los tres grupos analizados. El análisis de las subpruebas del MMP no arrojó diferencias significativas; sin embargo, se obtuvo una correlación moderada entre la subprueba de memoria y los años de escolaridad ($r= 0,407$, $p < 0,005$).

CONCLUSIÓN: El nivel de educación puede estar afectando al rendimiento cognitivo en la vejez y funcionar como un atenuador de los síntomas, mejorando la habilidad adquirida del cerebro a través de la experiencia (e. G. , Educación), para tolerar los efectos de una patología.

PALABRAS CLAVE: DETERIORO COGNITIVO, ENFERMEDAD DE PARKINSON, NIVEL DE EDUCACIÓN, RESERVA COGNITIVA.

ASOCIACIÓN DE PSICOFÁRMACOS Y RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

RAFAEL FENOY JIMÉNEZ, MARTA SOLER NAVARRO, LAURA BARAZA NAVARRO

INTRODUCCIÓN: Los psicofármacos tienen eficacia en el tratamiento de síntomas de ansiedad e insomnio y en otras indicaciones como coadyuvantes en el tratamiento de espasmos musculares. Por ejemplo, el uso de benzodiazepinas (BZD) puede provocar sedación excesiva, deterioro cognitivo, alteraciones psicomotoras y de la coordinación, enlentecimiento, caídas (con riesgo de fracturas), vértigo, disartria, ataxia, depresión o dependencia farmacológica, siendo los ancianos más sensibles a todos estos efectos adversos.

OBJETIVOS: Conocer el porcentaje de pacientes institucionalizados en la residencia “Cortijo Colorao” de Pulpí, que consumen psicofármacos y el riesgo de caídas que presentan los mismos.

METODOLOGÍA: Estudio observacional descriptivo. La recogida de datos se realizó entre octubre y noviembre de 2017 de pacientes institucionalizados en la residencia “Cortijo Colorao” de Pulpí que atendemos en nuestros programas de atención. Participan 126 pacientes de un tamaño muestral de 217. Variables estudiadas fueron: Características socio demográficas. ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MÚLTIPLES (ERCM). Consumo de psicofármacos: encuesta directa dicotómica. Análisis estadístico: SPSS.22.

RESULTADOS: La edad media sujetos es de 81,5 años; el rango de edad va de 66 a 98 años edad. El porcentaje de mujeres es del 64,2% frente al 35,8% de hombres. El 8,9% no presenta riesgo de caídas según escala Tinetti frente a un 91,1% que presenta riesgo de caídas. El 72,8% de los pacientes toman psicofármacos a diario frente a un 27,2% que no los toma. Hemos encontrado una correlación fuerte entre consumo psicofármacos con puntuación alta en ERCM y también negativa con la edad $p < 0,001$. También correlación fuerte entre puntuación alta ERCM con sexo (mujer) $p < 0,001$.

CONCLUSIÓN: Porcentaje alto pacientes institucionalizados con riesgo caídas según ERCM. Un alto porcentaje de los pacientes toman psicofármacos, que añadido al porcentaje elevado de ellos que tienen un riesgo de caídas se transforma en un ALTO del riesgo de caídas en la mayoría de los pacientes institucionalizados.

PALABRAS CLAVE: RESIDENCIA, SEDACIÓN, PSICOFÁRMACOS, CAÍDA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

SANDRA MARIA ACUÑA ORTEGA, CATALINA PEREA GUERRA, DOLORES RODRIGUEZ GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: El estreñimiento es la evacuación infrecuente de heces (menos de tres deposiciones a la semana), demasiado secas o la sensación de evacuación incompleta. Se presenta de manera frecuente en los ancianos por cambios en la rutina diaria, inicio de nuevos tratamientos, cambios de alimentación, etc. Suele ser, en la mayoría de los casos, de origen benigno. Para poder disminuir las complicaciones que de ello se deriva hay que identificar los factores que lo provocan.

OBJETIVOS: Determinar las medidas que desarrolla el TCAE para disminuir los problemas de salud que se derivan del estreñimiento en el paciente geriátrico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando bases de datos como Cuiden, Scielo y Dialnet.

RESULTADOS: Los estudios revelan que en el estreñimiento intervienen varios factores como sería la polimedicación, ya que hay numerosos medicamentos que provocan estreñimiento como los analgésicos opioides, antidepressivos, antiarrítmicos, antihipertensivos, ADO, hipolipomiantes, etc. También las enfermedades estructurales, metabólicas, endocrinas y neurológicas y en estos factores difícilmente la enfermería tiene intervención directa. Los factores higienicodietéticos como pueden ser seguir una correcta dieta rica en fibra, abundante ingesta de líquidos, ejercicio físico moderado acorde a la posibilidad de cada paciente donde existe una intervención directa de enfermería, ya que puede establecer dichas pautas a seguir por el paciente. En caso de ser insuficientes dichas pautas, se le recomendarán los distintos tipos de laxantes, así como microenemas y enemas existentes que se adecuen mejor a cada paciente con el fin de alcanzar un correcto patrón de eliminación.

CONCLUSIÓN: Se ha demostrado que con unas buenas pautas a seguir por el paciente con estreñimiento alto como son una buena hidratación, ejercicio físico, una dieta rica en fibra y la utilización de laxantes se puede conseguir un patrón de eliminación eficaz y así, se disminuyen los problemas secundarios. Además, se disminuiría la morbimortalidad del anciano así como el gasto sanitario.

PALABRAS CLAVE: TCAE, ESTREÑIMIENTO, PACIENTE GERIÁTRICO, EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO Y LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE ANCIANO

SANDRA MARIA ACUÑA ORTEGA, CATALINA PEREA GUERRA, DOLORES RODRIGUEZ GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: Las caídas por pérdidas del equilibrio involuntario que se producen de forma común en los ancianos son debidas a la disminución progresiva de las condiciones motoras óptimas y producen una elevada morbilidad y mortalidad, considerándose un importante problema mundial de salud pública.

OBJETIVOS: Determinar las medidas que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para prevenir y minimizar los riesgos de caídas mediante la identificación de los riesgos.

METODOLOGÍA: Para la realización de este trabajo hemos realizado una búsqueda bibliográfica en Medline, Cuiden y Scielo.

RESULTADOS: Los estudios nos diferencian dos tipos de riesgos de caídas en ancianos. Por un lado los intrínsecos, los asociados a los cambios propios de la edad como enfermedades, medicación que estén tomando o alteraciones en los sentidos; y por otro lado, los extrínsecos o los relacionados con el entorno del anciano. Para prevenir estos últimos, se aconseja mantener una iluminación adecuada donde se mueve el anciano, evitar objetos a una altura en la que el anciano pueda tropezar, las alfombras bien colocadas, usar zapatos de suela de goma, barandillas a ambos lados de las escaleras. Con respecto a los intrínsecos, se pueden prevenir mediante la corrección de las limitaciones que presenten en la deambulación (mediante el uso de bastones o andadores) y un entrenamiento dirigido a mejorar el equilibrio, reforzar la musculatura y aumentar la flexibilidad.

CONCLUSIÓN: Las caídas de los ancianos, según todos los estudios, ya sean por factores inherentes a la pérdida de función motora o por factores del entorno deben considerarse un problema de salud pública, debido a su incidencia y gravedad. Para ello es necesarios la detección de los factores de riesgo y las recomendaciones para poder evitarlos, disminuyendo su morbilidad y mortalidad.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, TCAE, PREVENCIÓN, CAÍDAS, EDUCACIÓN.

LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS DIFERENTES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

YOLANDA ZAPATA MARTIN, MARIA JOSE RUEDA CARRILLO, MARGARITA GARCIA PRIETO

INTRODUCCIÓN: Los síndromes geriátricos son el conjunto de signos y síntomas que pueden ser expresiones de una o muchas patologías que con frecuencia se enlazan, produciendo una gran morbilidad, disminución de la autonomía e incluso llegan a originar la muerte.

OBJETIVOS: Determinar la intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación a los diferentes síndromes geriátricos.

METODOLOGÍA: Para la realización de este trabajo hemos realizado una búsqueda bibliográfica en Medline, Cuiden y Scielo.

RESULTADOS: Todos tienen una alta prevalencia, provocan dependencia, se suelen relacionar entre sí pudiendo ser causa o efecto de otros procesos y todos demandan la intervención de enfermería e incluso de un equipo multidisciplinar. Los principales síndromes geriátricos son: inmovilidad, inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria y fecal, demencia y síndrome confusional agudo, infecciones, desnutrición, alteraciones en vista y oído, estreñimiento, impactación fecal, depresión/insomnio, iatrogenia, inmunodeficiencias e impotencia o alteraciones sexuales.

CONCLUSIÓN: Los síndromes geriátricos necesitan la atención del TCAE debido a la dependencia que provocan. Hay muchos síndromes, pero el que tiene mayor prevalencia es el de las caídas. El grupo más susceptible a padecer un síndrome geriátrico es el de los ancianos con afectaciones añadidas a sus cambios fisiológicos.

PALABRAS CLAVE: TCAE, SINDROME, SÍNDROME, GERIATRÍA, CAÍDAS, PREVENCIÓN.

TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN CENTROS RESIDENCIALES GERIÁTRICOS

ENCARNACION MARTINEZ GARRIDO, FERNANDO GARCÍA ESCOBEDO, MARÍA JIMENEZ MOLINA

INTRODUCCIÓN: En la historia de cualquier cultura se refleja la relación que los humanos tenemos con los animales desde tiempos ancestrales. Muchos de ellos aparecen en el arte y folklore como símbolos de paz, fuerza, equilibrio, vida... Hoy en día el animal doméstico está teniendo especial importancia en nuestra sociedad por la relación “humano-animal” que se establece y por el apoyo y compañía que proporciona. Buscando alternativas a terapias tradicionales para prevenir y tratar diferentes problemas de salud nos encontramos con la posibilidad de retomar la conexión con estos seres a través de un vínculo cotidiano.

OBJETIVOS: Objetivo general: Conocer la evidencia científica de la terapia asistida con animales en centros residenciales geriátricos. Objetivo específico: Promover la terapia asistida con animales en centros residenciales geriátricos para proporcionar bienestar psicológico y compañía de los residentes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica mediante una amplia búsqueda en diferentes bases de datos como Medline, Pubmed, Cochrane... Con lo que se pretende proporcionar una base informativa sobre la terapia asistida por animales en centros residenciales geriátricos.

RESULTADOS: Los resultados indican que la terapia asistida por animales ofrece una alternativa para ayudar a las personas mayores de los estados de soledad. Proporcionan risas y ayudan a incrementar la actividad física y el desarrollo muscular. Además los animales promueven que las personas mayores optimicen la atención y percepción, mejoran la comunicación verbal y satisfacen la necesidad humana de tocar y ser tocado, lo que conlleva efecto tranquilizador y relajante. Todos estos efectos conllevan el menor consumo de fármacos o uso de otras terapias convencionales más caras.

CONCLUSIÓN: Lo que perseguimos con esta revisión es conocer la evidencia científica y promover la terapia asistida con animales en centros residenciales geriátricos para ayudar y favorecer al bienestar psicológico y motriz de las personas mayores.

PALABRAS CLAVE: ANIMALES, ANCIANOS, TERAPIA, SALUD, BIENESTAR, GERIÁTRICOS.

PREVALENCIA DE POLIFARMACIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO

PABLO ROSAS GARCIA

INTRODUCCIÓN: Los pacientes geriátricos son los principales consumidores de fármacos en los países industrializados. El aumento de la esperanza de vida, unido a los cambios sociales y sanitarios, hacen que cada vez sean más dependientes de tratamientos farmacológicos.

OBJETIVOS: Identificar la prevalencia de polifarmacia en pacientes institucionalizados en una residencia geriátrica de la red pública E. R. A. En Asturias. Determinar medidas para obtener una cohorte de pacientes durante un estudio de 3 años, comparando: Pacientes Polimedicados y No Polimedicados.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional de corte transversal. La muestra consta de un total de 79 pacientes, seleccionados durante el año 2014. Las variables recogidas son: sexo, edad, índice Barthel, índice comorbilidad Charlson y número de fármacos. Análisis estadístico realizado mediante el programa SPSS 19.

RESULTADOS: Media de fármacos por paciente fue de 8,1 con un 91% de pacientes polimedicados. Según Índice Charlson el 17% presenta ausencia de comorbilidad, el 32% baja comorbilidad y el 49% alta comorbilidad. El 64% presenta demencia grave o muy grave. La mayoría de ancianos son dependientes, con un IB menor de 20.

CONCLUSIÓN: Dada la magnitud del problema sería conveniente incluir en los exámenes de salud del anciano una revisión del consumo de fármacos, siendo fundamental el criterio médico clínico individualizado para cada paciente.

PALABRAS CLAVE: PREVALENCIA, PACIENTE, INSTITUCIONALIZADO, FÁRMACOS.

EL MALTRATO EN LA VEJEZ: UN GRAN PROBLEMA ACTUAL

MARIA ANGELES DE LOS SANTOS FERNANDEZ, NOEMI RUIZ RUIZ, SONIA SOBRINO LOSADA,
MARIA TERESA SUAREZ SANTIAGO, LOURDES GARCIA LOPEZ

INTRODUCCIÓN: Existe una falta de consenso global para definir el maltrato al anciano. Uno de los obstáculos surge al contemplar a partir de que edad una persona es considerada "mayor" o "anciana". La mayoría de los autores consideran anciano a la persona que tiene mas de 64 años, en algunos países, esta edad se ve reducida a 60 o incluso a los 50 años.

OBJETIVOS: Analizar el maltrato al anciano como un problema actual de nuestra sociedad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como: Dialnet, Pubmed, Google académico y Cuiden Plus.

RESULTADOS: Inicialmente se describieron 4 tipos de maltrato: Físico, Psicológico, Sexual, Económico. Entre las consecuencias de maltrato estarían las físicas como traumatismos y heridas, las psicológicas como depresiones y ansiedad, y las sociales como aislamiento social. Entre los factores de riesgo mas señalados son: el hecho de ser mujer, tener una salud deficiente o que el anciano este aislado socialmente. Entre los factores de riesgo del maltratador esta que tenga adicción al alcohol u otras sustancias, problemas de salud física o mental, estrés o el síndrome de burnout o una situación económica delicada, uno de los que mas destaca es la mala relación de padre hacia su hijo que se vuelve contra el anciano. La buena comprensión de los factores de riesgo aumenta las probabilidades de ser detectados por un profesional sanitario. La bibliografía revisada muestra una clara falta de denuncias. El hecho de que los agresores en muchas ocasiones sean los propios cuidadores complica aun mas el estudio del maltrato en los ancianos, también ocurre que las propias victimas sufren malos tratos enmascarados o que desconocen que están siendo victimas de violencia.

CONCLUSIÓN: La mayoría de la bibliografía revisada expone que el maltrato es un problema multifactorial en el que la combinación de diversas situaciones aumenta la probabilidad de exposición al mismo.

PALABRAS CLAVE: NEGLIGENCIA, ANCIANO, ABUSO, MALTRATO, ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON LOS DISPOSITIVOS URINARIOS

MARÍA DEL CARMEN JIMÉNEZ LOZANO, ANTONIA QUILES SIERRA, BEATRIZ MARTIN QUILES

INTRODUCCIÓN: Mediante el sondaje vesical se introduce una sonda de diferentes materiales en la vejiga, facilitando la salida de orina y almacenándose en una bolsa colectora. Dicha sonda tiene un balón en su extremo distal hinchado, evitando de esta manera que se salga.

OBJETIVOS: Establecer los cuidados del TCAE en el mantenimiento del sondaje vesical. Analizar la bibliografía acerca de la prevención de la posible aparición de complicaciones tales como infecciones.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo y Medline. Seleccionando 3 artículos.

RESULTADOS: Cuidados de la sonda vesical: Lavado previo de manos antes de la conexión o desconexión de la bolsa colectora. Las bolsas con grifo se vaciarán cada seis horas y el cambio se hará a los 8-10 días. La bolsa no debe tocar el suelo y se mantendrá por debajo de la vejiga del paciente. Realizar una correcta higiene genital con agua y jabón, en la mujeres limpiando de adelante hacia atrás y en los hombres retirando el prepucio. En varones no circuncidados recolocar el prepucio a su posición natural tras la higiene. Es importante prestar atención para evitar arrancamientos, desconexiones o tirones accidentales y posibles heridas en el orificio de inserción. Cambiar la posición de la bolsa para evitar el apoyo de la sonda en la misma zona.

CONCLUSIÓN: Las infecciones urinarias nosocomiales hasta en casi un 80% están asociadas a la utilización de la sonda vesical. De aquí la importancia no sólo de la técnica de colocación sino de los cuidados del TCAE en su mantenimiento. El correcto manejo y mantenimiento de la sonda vesical, permite satisfacer las necesidades de cuidado de los pacientes que la portan.

PALABRAS CLAVE: SONDAJE VESICAL, COMPLICACIONES DEL SONDAJE VESICAL, CUIDADOS DEL TCAE, INFECCIÓN DE ORINA.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO DEL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

RAÚL REYES DEL OJO, JULIO CESAR REYES GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: El cada vez más rápido envejecimiento de la población a derivado en una mayor frecuentación a los servicios de urgencias así como una mayor tasa de hospitalización en personas ancianas. En algunos casos su paso por las Unidades de Cuidados Intensivos junto con la coexistencia de diferentes enfermedades crónicas hace aumentar la posibilidad de padecer delirium o síndrome confusional agudo (SCA).

OBJETIVOS: Conocer el síndrome confusional agudo en el anciano hospitalizado así como métodos para su diagnóstico y correcto abordaje.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, MEDLINE Y SCIELO, DIALENT, PUBMED. Se tuvieron en cuenta sólo los artículos relacionados con el tema de revisión expuesto en los últimos 11 años.

RESULTADOS: Se establecen factores de riesgo de padecer (SCA) en base a: Si se lleva a cabo o no cirugía. Características del paciente (edad avanzada, deterioro cognitivo previo, tabaco, genero masculino, ingesta farmacológica previa que afecte al sistema nervioso central, consumo de alcohol, estado nutricional). Ya que la aparición de (SCA) puede propiciar una urgencia médica, se debe diagnosticar lo antes posible para evitar las posibles complicaciones. De tal forma que deberíamos evaluar a los pacientes ancianos con factores de riesgo en el (SCA), para ello nos podemos valer del Confusion Assessment Method (CAM) o el Confusion Assessment Method- Intensive Care Unit (CAM-ICU) para valorar a pacientes en cuidados intensivos. El tratamiento estandarizado médico más conocido es el Hospital elder life program Help: Orientación, Nutrición e hidratación apropiadas, Ritmo sueño vigilia, Alteraciones sensoriales (visión y audición), Movilidad.

CONCLUSIÓN: El conocimiento de (SCA) así como los métodos de valoración integral del paciente anciano hacen posible la adaptación de medidas preventivas ya sean profilácticas no farmacológicas como farmacológicas con el fin de reducir posibles complicaciones.

PALABRAS CLAVE: CONFUSIONAL, PACIENTE, ACIANO, SÍNDROME.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INFECCIÓN EN TRACTO URINARIO: CISTITIS

MARIA BARRALES PEREZ, CARMEN GUZMÁN VICO, NURIA RAMOS TRUAN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 79 años con principios de alzheimer que presenta dificultad y dolor a la hora de orinar. Presencia de orina mal oliente y turbia. No presencia de vómitos. Refiere que cuando va a miccionar se queda como con ganas de hacer mas. Fiebre. Vacuna de la gripe en campaña 2017-2018. A. P: diabetes, hipertensión, trigliceridos. NRAMC.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Adecuado estado general. FC:120lpm; T. A. :130/85MmHg; SatO2:98%. Respiratoria y hemodinámicamente estable. Leucocitos +++ ; Nitritos +++, pH 7.

JUICIO CLÍNICO: Infección del tracto urinario: cistitis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Para llegar al juicio clínico se le realizaron las siguientes pruebas: Analítica de sangre con su respectiva bioquímica, hemograma y coagulación.

PLAN DE CUIDADOS: NANDA: (00016) Deterioro de la eliminación urinaria R/C infección del tracto urinario M/P incontinencia urinaria y retención urinaria. NANDA: (00011) Estreñimiento R/C deterioro neurológico M/P Aumento de la presión intraabdominal.

CONCLUSIONES: Es fundamental la educación para la salud que desarrolla el profesional de enfermería para el mantenimiento adecuado de los cuidados en el entorno familiar, por lo que hay que marcar unas directrices para un plan de acción homogéneo y coordinado que sirva para motivar y adiestrar al paciente y familia en sus autocuidados, papel fundamental de la enfermera para prevenir las ITU. El apoyo social, ayuda a mejorar la calidad de vida y la integración adaptada al entorno, por lo que los profesionales de enfermería deben promover este acercamiento e inserción positiva en el entorno social.

PALABRAS CLAVE: INFECCIÓN, MICCIONAR, ALZHEIMER, HIPERTENSIÓN, HEMODINÁMICAMENTE, CISTITIS.

REPARACIÓN EXITOSA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN SACRO, EN ANCIANOS FRÁGILES DESDE MEDICINA, ENFERMERÍA Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MARIA JOSE BRAVO JIMENEZ, RAQUEL NARANJO SÁNCHEZ, ALEJANDRO GONZÁLEZ PIMENTEL

INTRODUCCIÓN: La reparación quirúrgica de las úlceras por presión (UPP) severas en pacientes de edad avanzada sigue siendo un desafío para los médicos debido a las comorbilidades complicadas y las características físicas especiales de los pacientes de edad avanzada.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue evaluar la aplicación de colgajos mediante la técnica couple-kissing flaps (CKF) en la reconstrucción de UPP sacras en estos pacientes.

METODOLOGÍA: Estudio realizado con los pacientes de edad avanzada (más de 70 años) con UPP en estadio 3 o estadio 4 que se sometieron a CKF inmediatamente después del desbridamiento radical entre julio de 2012 y diciembre de 2015 se inscribieron en este estudio retrospectivo. La demografía de los pacientes se extrajo de los registros médicos.

RESULTADOS: Un total de 12 pacientes participaron en este estudio. La edad promedio de los pacientes fue 76.83 Años (varió de 71 a 92 años). El sitio del donante se cerró principalmente en todos los casos. Todos los colgajos sanaron sin complicaciones. Las observaciones de seguimiento se realizaron durante un promedio de 13,6 meses (con un rango de 9 meses a 2 años). Los resultados cosméticos fueron satisfactorios, sin ruptura del sitio quirúrgico ni recurrencia de UPP en ninguno de los casos. Se presentan tres casos representativos.

CONCLUSIÓN: El CKF es una opción confiable y satisfactoria para la reconstrucción de defectos graves de las UPP sacras en pacientes de edad avanzada. CKF se asocia con una tasa relativamente baja de complicaciones y recurrencia.

PALABRAS CLAVE: PACIENTES DE EDAD AVANZADA, ÚLCERA POR PRESIÓN, SACRO, ALETAS QUIRÚRGICAS.

PACIENTE GERIÁTRICO CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE POR CONVULSIONES EPILÉPTICAS

RAFAEL ROMERO GARCÍA, LOURDES PRERA RAPOSO, MARÍA MARTÍN CUYAR

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 78 años de edad procedente de residencia geriátrica ingresa en su hospital de referencia tras sufrir una caída como consecuencia de una crisis epiléptica. Como antecedentes cabe destacar HTA, DMII, DLP, FA y crisis epilépticas desde hace 4 años en tratamiento con Keppra. No alergias medicamentosas. Es portador de colostomía desde hace 3 años. Independiente para las actividades de la vida diaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración se encuentra consciente y un poco desorientado con un glasgow 14. Se queja de dolor en varias partes del cuerpo. Niega haberse golpeado la cabeza. Se le realiza A/S. Además se le realiza Rx y TAC Craneal, donde se descarta cualquier tipo de fractura y hemorragia. En la exploración se aprecia varios hematomas en diferentes puntos como consecuencia de la caída sufrida.

JUICIO CLÍNICO: TCE leve por convulsiones epilépticas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Riesgo de lesión r/c alteración de la movilidad m/p caídas.

PLAN DE CUIDADOS: NOC:1902 Control del riesgo: 190201 Reconoce el riesgo; 190216 Reconoce cambios en el estado de salud. 1912 Caídas: 191201 Número de caídas en bipedestación; 191206 Número de caídas al subir escaleras. NIC: 6490 Prevención de caídas: 649017 Disponer barandillas y apoyamos visibles; 649036 Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo; 6610 Identificación de riesgos; 661003 Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos de cuidados; 661007 Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.

CONCLUSIONES: Con la utilización de los planes de cuidados enfermeros se dan unos cuidados básicos a los pacientes y así mejoramos los criterios de atención y optimizamos la actuación de los profesionales de enfermería. Una vez dado de alta el paciente tenemos que continuar prestando cuidados y observando cualquier signo de alarma.

PALABRAS CLAVE: GERIATRÍA, TCE, CONVULSIONES, PACIENTE, EPILÉPTICAS.

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS

LORENA PEINADO MALAGÓN, INMACULADA PINTO ORTIZ, ENCARNACIÓN LIDIA RAMIREZ GÓMEZ

INTRODUCCIÓN: Un paciente polimedicado sería aquel que, con una o varias enfermedades, consume diariamente de forma continuada, por un mínimo de tres meses, cinco o más medicamentos por cualquier vía (oral, inhalatoria, parenteral, etc.), Bien sean prescritos por profesional o adquiridos de venta libre en farmacias.

OBJETIVOS: Analizar cuáles son los errores más comunes que cometen los ancianos polimeditados con su tratamiento e identificar medidas de prevención para evitarlos.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica utilizando artículos de diferentes revistas españolas. Los criterios de inclusión fueron artículos disponibles a texto completo y en español, desde 2005 a 2015. Descriptores: “enfermería”, “ancianos”, “incumplimiento”, “tratamiento”, “salud”.

RESULTADOS: El cumplimiento terapéutico se define como “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la medicación de los hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Errores más comunes: administración o dosis incorrecta, olvido de tomas, duración del tratamiento incorrecta, percepción de mejoría, percepción de medicación excesiva o ineficaz, falta de información o carencia de apoyos. Medidas preventivas: proporcionar una correcta identificación e información que promueva la seguridad y el uso eficaz, explicar en qué consiste su enfermedad y la importancia de cumplir el tratamiento, dar información rigurosa y detallada con un lenguaje sencillo, revisar periódicamente la caducidad de los medicamentos almacenados, revisar periódicamente la caducidad de los medicamentos almacenados, elaboración de listado completo de la terapia, uso de pastilleros, integración de la terapia a su rutina diaria.

CONCLUSIÓN: El objetivo del profesional sanitario es optimizar el grado de cumplimiento por parte del paciente para asegurarle un mayor beneficio terapéutico del tratamiento prescrito, así como un correcto control de su enfermedad.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, ANCIANOS, INCUMPLIMIENTO, TRATAMIENTO, SALUD.

TRASTORNO DEL SUEÑO EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

JORGE GALLARDO CAÑAMERO, ARÁNZAZU GÓMEZ AGUILERA, ISABEL MARIA TRIGO MARTIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 70 años de edad, institucionalizada en residencia geriátrica, acude a consulta de enfermería aquejándose de falta de sueño y dificultad para conciliar el sueño. Refiere llevar 1 mes y medio con este problema.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le realiza una exploración completa la cual consta de toma de constantes. Tensión arterial: 145/82 mmHg. Pulso 70 lpm. Frecuencia respiratoria 18 rpm. Peso 72 kg. Glucemia capilar 92 mg/dl en ayunas. Pruebas complementaria electrocardiograma.

JUICIO CLÍNICO: Tras realizar una anamnesis completa podemos sacar en conclusión un diagnóstico de dificultad para conciliar el sueño relacionado con la edad. Ya que los patrones de sueño se van modificando con la edad. **CONCLUSIONES:** Con la edad, los patrones de sueño cambian. El proceso de envejecimiento hace que las personas mayores tengan más dificultad para conciliar el sueño también otra consecuencia que tiene el envejecimiento a la hora del sueño es que padecen un sueño más ligero y se despiertan con mucha facilidad y muchas veces en la noche así como madrugan más. El tiempo que pasan dormido durante la noche disminuye a 6 horas y media a 7 horas. A parte se duerme más ligero y sueñan menos. Otras de las causas por las que se despiertan y levantan más durante la noche es debido a que tienen la necesidad de orinar más durante la noche, por lo que se despiertan con más frecuencia, también influye la ansiedad y la incomodidad y dolor por enfermedades crónicas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dificultad para conciliar el sueño debido a los cambios que se producen en los patrones de sueño que se modifican con la edad.

PALABRAS CLAVE: SUEÑO, EDAD AVANZADA, CONCILIAR SUEÑO, GERIATRÍA.

LA RELACIÓN DIRECTA ENTRE LA INMOVILIDAD Y EL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

JORGE GALLARDO CAÑAMERO, ARÁNZAZU GÓMEZ AGUILERA, ISABEL MARIA TRIGO MARTIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 69 años de edad, que ingresa en residencia geriátrica. El paciente es dependiente total debido a enfermedad de Alzheimer avanzada. El paciente presenta incontinencia fecal y urinaria. El paciente no deambula, permanece durante el día en sentado y tumbado se le realizan cambios posturales cada 2 horas. Padece infecciones urinarias recurrentes debido a que permanece con sondaje vesical. No hipertenso, no diabético.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente no está orientado y no contesta a preguntas durante la valoración de enfermería usando patrones funcionales de Gordon. Se le realiza la valoración de escala de Norton cuyo resultado es de 6. Por lo que tiene un alto riesgo de úlcera por presión. Se le realiza cultivo de orina y da positivo en *Enterococcus Faecalis* sensible a ciprofloxacino. El paciente presenta gran riesgo de úlceras por presión debido a su situación, el paciente debe estar bien hidratado, realizar cambios posturales, aplicar Mephentol en zonas de prominencias óseas para evitar úlceras y poner colchones y tobilleras acolchadas para prevenir úlceras ya que tiene un riesgo alto de que se produzcan.

JUICIO CLÍNICO: Riesgo de úlceras por presión. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tiene un diagnóstico de riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con la inmovilidad física, movilidad y fricción.

CONCLUSIONES: La prevención es un de las principales objetivos y actividades que hay que aplicar en un paciente con alto riesgo de úlceras por presión ya que es la única forma de poder evitar una úlcera. La hidratación del paciente y una buena alimentación también es muy importante en paciente grandes dependientes.

PALABRAS CLAVE: MOVILIDAD, INCONTINENCIA, INTEGRIDAD CUTÁNEA, GERIATRÍA.

ANÁLISIS SOBRE SUJECIONES FÍSICAS EN GERIATRÍA

JORGE GALLARDO CAÑAMERO, ARÁNZAZU GÓMEZ AGUILERA, ISABEL MARIA TRIGO MARTIN

INTRODUCCIÓN: Las contenciones, sujeciones o correctores posturales son medidas excepcionales que se utilizan en caso de que una persona corra el riesgo extremo de producirse una autolesión, una lesión a un sanitario u otra persona y para asegurar un correcto cumplimiento de tratamiento. Está dirigida a la inmovilidad parcial o completa de la mayor parte del cuerpo del paciente que lo precise. Las medidas de sujeciones físicas es una confrontación ética a la hora de reducir la inmovilidad física ya que estamos privando a una persona de un principio de autonomía.

OBJETIVOS: Analizar las sujeciones físicas en geriatría.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda exhaustiva sobre medidas correctoras y sujeciones en bases de datos tales como: Medline. Los descriptores utilizados para la realización de la búsqueda han sido sujeciones físicas, contenciones mecánicas, correcciones posturales.

RESULTADOS: Se establece un uso continuado de las contenciones para evitar riesgos hacia su persona y hacia el personal que lo rodea. Resulta importante: Prevención de daño inminente a sí mismo o a otros cuando otros medios han resultado ineficaces. Prevención de daño al entorno. Para el seguimiento del régimen terapéutico prescrito cuando se asocia a conductas agresivas o riesgo inminente de la misma. Sujeción para la corrección postural.

CONCLUSIÓN: Las medidas de contenciones físicas no se pueden utilizar cuando uno quiere. Para poder utilizarlas tienen que estar prescrita y firmadas por un médico, firmadas por su familia y por el personal sanitario responsable de esta persona. Solo se pueden aplicar sin prescripción médica y sin firmas de familiares en caso extremo en el que el paciente corra un peligro inminente.

PALABRAS CLAVE: CORRECCIÓN CORPORAL, MEDIDAS DE CONTENCIÓN, SUJECIÓN FÍSICA, GERIATRÍA.

PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

ANA RUIZ MARTÍNEZ, SONIA ENDRINO HEREDIA, ANTONIA CHINCHILLA HEREDIA

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) son lesiones que aparecen por la presión prolongada sobre la piel. Se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas.

OBJETIVOS: Identificar a la persona con riesgo de desarrollar úlceras por presión. Analizar el buen estado de la piel, eliminando o disminuyendo la presión y vigilando el estado nutricional del paciente. Identificar parámetros unificados sobre la evolución de la lesión, para devolver a la piel su integridad.

METODOLOGÍA: La metodología se basa en la búsqueda científica en base de datos Pubmed, Medlineplus, Dialnet, con descriptores: anciano, úlcera, presión, prevención. Además de web y artículos relacionados con el tema.

RESULTADOS: La continua presión sobre una zona concreta de la piel provoca el aplastamiento de los tejidos y dificulta la circulación de la sangre (isquemia), provocando la muerte de las células de esos tejidos (necrosis). Si no se toman las medidas adecuadas, las lesiones pueden llegar a afectar no sólo a la piel, sino también a los tejidos situados bajo ésta o incluso al músculo o a algunos órganos.

CONCLUSIÓN: Es importante conocer bien la etiopatogenia de estas lesiones para aplicar los cuidados específicos para su prevención; para ello se debe inspeccionar la piel (prestando mayor atención a las prominencias óseas y las zonas húmedas), realizar buena higiene (la piel debe estar limpia y seca) y manejar la presión (realizar cambios posturales, utilizar dispositivos de alivio de presión y protección local con apósitos).

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, ÚLCERA, PRESIÓN, PREVENCIÓN.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

ISABEL MORILLO DURO, MARTA CARMONA PASTOR, JUAN ÁNGEL GARCÍA SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión son un problema en pacientes con inmovilidad (mayor prevalencia en personas mayores). Empeoran la cal. Idad de vida y la independencia de los afectados, así como su autoestima.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de la prevención de las úlceras por presión.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Dialnet mediante los descriptores “ancianos”, “úlceras por presión” y “prevención”.

RESULTADOS: La medida de prevención más importante es realizar una valoración. Tenemos muchas escalas, las más usadas, Norton y Braden. Hay que enseñar a la familia, cuidadores y al propio paciente a detectar cualquier anomalía. También es importante eliminar en la medida de lo posible la presión, la fricción y las fuerzas de cizallamiento, realizando cambios posturales, evitando la humedad y cuidando la nutrición evitando la desnutrición.

CONCLUSIÓN: Hay que destacar la educación en la población diana. Tienen que aplicarse las medidas preventivas y entendiendo el riesgo que conlleva no realizarlas, tanto los familiares como los cuidadores, personal sanitario e incluso el paciente tienen que implicarse en el problema y deben tener a su alcance el material necesario para su prevención.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, ANCIANO, GERIATRÍA, ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ENFERMERÍA EN SUJECCIONES MECÁNICAS DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

ISABEL MORILLO DURO, MARTA CARMONA PASTOR, JUAN ÁNGEL GARCÍA SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: Bajo prescripción médica, es el personal de enfermería quien se encarga de aplicar y controlar las sujeciones mecánicas. Es común el riesgo de caídas debido a las demencias que se da en residencias de mayores, por lo que son necesarias las contenciones mecánicas en procesos agudos o de agitación, para protegerlos a ellos y a los demás residentes. Es una técnica que debe estar protocolizada para que se lleve a cabo de la mejor manera y evitar cualquier error ya que conlleva connotaciones negativas.

OBJETIVOS: Identificar la finalidad de las contenciones mecánicas en la población y los profesionales. Revisar la bibliografía y conocer las razones por las que se prescribe, así como comprender las implicaciones sentimentales que conlleva.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda de estudios en revistas científicas y en las bases de datos Pubmed y Medline. Se encontraron 10 artículos, y se usan 8.

RESULTADOS: Encontramos poca bibliografía sobre el tema a pesar de ser una práctica muy extendida en residencias y hospitales. Actualmente esta técnica lleva connotaciones negativas por parte de la población y en menor medida por los profesionales sanitarios. Es considerada como una actividad que denigra los derechos humanos y la dignidad de la persona. Por ello, se utilizara cuando los recursos previos hayan sido fallidos y dicha técnica sea la única que puede minimizar el problema, cambiando los prejuicios hacia ella, ya que con un buen uso, es la más correcta para dicha situación. Sin olvidar su revisión y retirada cuando el riesgo haya dejado de existir o no sea eficaz para el fin con el que se inició.

CONCLUSIÓN: Los profesionales tienen que ceñirse a protocolos y trabajar en consenso para realizar la técnica de forma segura, dejando de lado el aspecto emocional para poder trabajar de manera objetiva y eficaz.

PALABRAS CLAVE: SUJECCIÓN MECÁNICA, ANCIANO, ENFERMERÍA, AGITACIÓN.

CAÍDA EN PERSONA MAYOR ROTURA DE CADERA Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

VIRGINIA CORTES CORTES, GEMMA MARTÍN PÉREZ , IRENE CALDERON SORROCHE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente geriátrico que acude al servicio de urgencias tras una caída en su domicilio. Refiere dolor en cadera y presenta una dificultad en el habla, sin movimiento en extremidad superior e inferior izquierda, también presenta una considerable parálisis facial izquierda, afectando ojo y boca. Se va de alta por que en el tac no se aprecia nada de importancia, y la cadera no esta muy afectada, se le diagnostica traumatismo de cadera en un principio sin darle importancia a la parálisis del lado izq. Al día siguiente vuelve al servicio de urgencias por otra caída, esta vez le repiten el tac y si se ve un ACV claro, el paciente ingresa en planta de neurología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza tac, analítica, placa de tórax y examen neurológico.

JUICIO CLÍNICO: Traumatismo de cadera. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Traumatismo de cadera y accidente cerebro vascular isquémico.

PLAN DE CUIDADOS: Fisioterapia, anticoagulantes, administración de oxígeno, y aerosoles para control y prevención de infección respiratoria.

CONCLUSIONES: El paciente ingresa en planta de neurología con una considerable afectación del lado izquierdo. Presenta una cierta dificultad para administración del tratamiento anticoagulante a causa de la fractura de cadera. Empieza a realizar fisioterapia en el lado afectado. Evolución favorable en el movimiento tras dos semanas de fisioterapia, y se le retira la oxigenoterapia.

PALABRAS CLAVE: ISQUIEMIA, PARÁLISIS, COÁGULO, CARÓTIDA.

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

JESUS ANTONIO ORTEGA CORREA, SONIA RUIZ RONDAN, SAMANDA SERVAN MOJONERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente 72 años, institucionalizado. Presenta fiebre en la madrugada con vomitos oscuros que se acompañan de disnea y ruidos respiratorios.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y razonablemente colaborador, bien perfundido, tonos arrítmicos. Crepitantes en base izquierda, donde ecográficamente se comprueba condensación con pequeño derrame pleural. Se solicita hemograma y bioquímica y Rx de tórax apreciándose un aumento de la densidad hemitórax izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Neumonía basal izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neumonía bacteriana.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases m/p (panifestado por) disnea. NOC (objetivo): Saturación de O₂. Indicadores: 5. Sin desviación del rango normal. NIC (Intervención) Control de infecciones: Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. Mantener técnicas de aislamiento, apropiadas. Poner en práctica precauciones universales.

CONCLUSIONES: El paciente tras la administración de tratamiento antibiótico empírico, presenta buena evolución clínica, confirmándose con la mejora de la densidad del hemitórax izquierdo tras Radiografía de tórax.

PALABRAS CLAVE: INSTITUCIONALIZADO, FIEBRE, DISNEA, RUIDOS RESPIRATORIOS, CONDENSACIÓN.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL CUIDADO DEL ANCIANO Y LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

CATALINA PEREA GUERRA, SANDRA MARIA ACUÑA ORTEGA, DOLORES RODRIGUEZ GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: Una de las grandes preocupaciones en cuanto al cuidado de los ancianos es el riesgo a las caídas, ya que la prevalencia es alta y va en aumento conforme avanza la edad. Las consecuencias tras una caída repercuten en la calidad de vida pudiendo ocasionar lesiones, discapacidades, institucionalizaciones o incluso la muerte. La prevención es crucial.

OBJETIVOS: Identificar medidas de prevención de la caída en el anciano.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión sistemática a través de bases de datos destacadas en Ciencias de la Salud como Cuiden, Scielo, Cochrane, Dialnet.

RESULTADOS: En la prevención de la caída del anciano juega un papel fundamental enfermería y TCAE a través de una correcta evaluación de los riesgos concretos del anciano. Como medidas de prevención aplicables en el anciano: educación para la Salud y recomendaciones sobre ejercicio físico adaptado a la persona para mantenerse en forma, promoción de hábitos saludables, valoración individualizada de alteraciones visuales, auditivas, sensoriales, motoras, valoración de adaptabilidad al medio y al entorno realizando modificaciones si es necesario, valoración de necesidad de sistemas de ayuda y apoyo y formación en el uso de éstos, revisión de tratamiento médico.

CONCLUSIÓN: Debemos recordar que la prevención no implica inmovilizar al anciano o prohibir cualquier actividad, ya que esto podría ser más perjudicial que la caída en sí.

PALABRAS CLAVE: TCAE, PACIENTE, PREVENCIÓN, CAÍDAS, INTERVENCIÓN.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CRISTOBALINA SANCHEZ JIMENEZ, ITZIAR MALAGÓN RODRÍGUEZ, EVA ISABEL QUESADA REAL

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud que afecta a todos los sistemas sanitarios desarrollados. En España tienen un considerable impacto epidemiológico, tanto por su prevalencia como por su mortalidad. Habitualmente, se consideran cuatro grandes áreas en la aplicación de medidas de prevención: 1. Valoración del riesgo de desarrollar una UPP. 2. Cuidados de la piel. 3. Reducción de la presión: con medidas generales, mediante el uso de superficies especiales de manejo de la presión, y locales, mediante apósito y otros materiales específicos. 4. Educación.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de la valoración del riesgo para la prevención de UPP. Identificar los pasos a seguir y las escalas que se utilizan para la valoración del riesgo de UPP.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: La valoración del riesgo que tiene un paciente para desarrollar UPP es, por tanto, un aspecto clave en la prevención. Las guías de práctica clínica recomiendan realizar una valoración del riesgo en todas las personas en su primer contacto con el sistema sanitario, tanto en hospitales, en centros geriátricos o en pacientes atendidos en sus domicilios. El objetivo de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. Las cinco escalas validadas hasta la fecha: Braden, Norton, EMINA, Waterlow y Cubbin-Jackson. Valoración del riesgo de UPP serían: 1. Identificar de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP, en base a la presencia de factores de riesgo. 2. Proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función del nivel de riesgo. 3. Clasificar a los pacientes en función del grado de riesgo, con fines de estudios epidemiológicos y/o de efectividad.

CONCLUSIÓN: Una escala de valoración del riesgo de desarrollar UPP sería, por tanto, un instrumento que establece una puntuación en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ÚLCERAS, PREVENCIÓN, GERIATRÍA, VALORACIÓN.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INCONTINENCIA

RAQUEL HIGUERAS CALVENTE, ENCARNACIÓN JIMÉNEZ AGUILERA, MARIA JOSE FUENTES MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 92 años, viuda y que vive sola. Padece numerosas patologías, pero acude a consulta refiriendo que “últimamente se la escapa la orina porque no le da tiempo de llegar al baño”. De este comentario se deduce que sufre una incontinencia urinaria funcional, y que a pesar de ser continente y sentir las ganas de orinar no llega al cuarto de baño por diferentes factores.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza una valoración completa de la paciente siguiendo los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y se observan déficit en la mayoría de los patrones funcionales, destacando especialmente: Actividad-Ejercicio: Tras realizar diferentes test (Batherl, Lawton y Brody y Katz) se observa que tiene una dependencia moderada.

JUICIO CLÍNICO: Incontinencia urinaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** [00085] Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p expresión de gran dolor en las extremidades inferiores al intentar levantarse y caminar. [00020] Incontinencia urinaria funcional r/c alteración de los factores ambientales m/p micción antes de llegar al inodoro

PLAN DE CUIDADOS: Tras la realización del plan de cuidados se consigue que la movilidad de la paciente no empeore, incluso que mejore levemente. Esto, unido a una disminución de las barreras arquitectónicas presentes en el camino hacia al baño hizo que la incontinencia de la paciente disminuyera y por lo tanto su autoestima aumentara. “Ya no me siento tan inútil” expresó la paciente en la última visita.

CONCLUSIONES: Para concluir decir que es muy importante abordar el cuidado de las personas mayores, no solo por su fragilidad, también por el gran número de patologías que padecen y la disminución de la capacidad de autocuidado.

PALABRAS CLAVE: INCONTINENCIA URINARIA, INCONTINENCIA FUNCIONAL, DETERIORO NEUROMUSCULAR, BARRERAS ARQUITECTÓNICAS.

RIESGO DE CAÍDAS LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADAS FRENTE A LAS QUE NO LO ESTÁN

MARIA ROSA COVAS FEMENIA, FRANCISCA PÉREZ CLADERA, ANA MARIA GARRIDO SALVA

INTRODUCCIÓN: La polifarmacia en la gente mayor es un factor de riesgo muy importante para las caídas, aunque los estudios más recientes sugieren que este riesgo es mayor cuando la polifarmacia va asociada a psicofármacos.

OBJETIVOS: Objetivo general: corroborar el riesgo de caídas en personas mayores de 65ª que estén polimedizadas, frente a las que no lo están. Objetivo específico 1: Analizar el número y gravedad de caídas en estos pacientes. Objetivo específico 2: Determinar si la polifarmacia asociada a benzodiacepinas aumenta el riesgo de caídas.

METODOLOGÍA: Realizamos revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, IME, Scopus, Cochrane y excelencia clínica, también en el metabuscador EBSCOhost, utilizando los términos Mesh: Aged, Accidental falls, polypharmacy. La búsqueda se ha limitado al período comprendido entre los años 2000 a 2015 y del resultado se han seleccionado un total de 15 artículos.

RESULTADOS: Los resultados son muy diversos. Por una lado, encontramos que la polifarmacia está asociada a un riesgo de caídas en ancianos, aunque la mayoría de artículos habla de esta "Polimedización de riesgo" como la asociación de medicación de tratamiento habitual con medicación psicotrópica. En relación con los psicotrópicos es donde encontramos más artículos, de los cuales podemos sacar varias conclusiones, como son, que los pacientes que toman drogas psicotrópicas tienen más caídas recurrentes y con consecuencias más graves, como son las fracturas cadera. Que en las comparaciones entre los tipos de psicotrópicos (típicos y atípicos) no se ha encontrado un aumento de riesgo de caídas, por lo que no tiene importancia el tipo de psicotrópicos que se administren, pero lo que si tiene mucha importancia es la dosis, la duración del tratamiento, y la combinación con otros fármacos.

CONCLUSIÓN: El uso de antidepresivos unidos a las benzodiacepinas aumenta el riesgo de caídas y con consecuencias más graves.

PALABRAS CLAVE: PERSONA MAYOR, ANCIANO, CAÍDAS, BENZODIACEPINA, PSICOTRÓPICOS, POLIMEDICADO.

VALORACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

ELIA VIANO PÉREZ, NOEMI SUAREZ FERNANDEZ, VIRGINIA FERNANDEZ DIAZ, SILVIA HERNANDEZ ALVAREZ, TATIANA BARBAS PEREZ, LAURA ESPASANDIN FERNANDEZ, SANDRA SERRANO RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: Dentro de la valoración geriátrica integral (VGI) del anciano se encuentra el análisis de su situación funcional y cognitiva, lo cual es de suma importancia a la hora de llevar a cabo planes de cuidados individualizados.

OBJETIVOS: Identificar el estado funcional y cognitivo de la población geriátrica institucionalizada en un centro de alojamiento para personas mayores.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal. De los 105 usuarios se excluyeron 5 ancianos, uno de ellos por éxitus y 4 por no aceptar participar en el estudio. Para la valoración del estado funcional se procedió a pasar el Índice de Barthel, el cual evalúa las capacidades básicas y estima el grado de dependencia de la persona para las actividades de la vida diaria. La función cognitiva se valora mediante el test de Pfeiffer.

RESULTADOS: La edad media fue de 84,2 años y el género predominante fue el femenino. El resultado del Barthel total fue de un 49% para los casos de dependencia leve, seguido de un 22 para la dependencia total, un 16% para la moderada, un 7% correspondería a la situación de dependencia grave y tan sólo el 6% eran totalmente independientes. En cuanto al test de Pfeiffer el diagnóstico más frecuente fue el de deterioro cognitivo grave, con un 34% de los residentes, seguido del deterioro cognitivo moderado con un 26%. Un 18% de los ancianos no presentaba deterioro cognitivo y un 13% tenía un deterioro cognitivo leve. Un 5% de los casos no se pudo valorar por falta de colaboración del anciano a la hora de realizar el cuestionario.

CONCLUSIÓN: Dentro de la Valoración Geriátrica Integral se encuentra la valoración del estado funcional y cognitivo del anciano, la cual facilita el poder diseñar un plan individualizado de actuación con el fin de lograr el mayor grado de independencia y la mejor calidad de vida para el anciano.

PALABRAS CLAVE: BARTHEL, PFEIFFER, RESIDENCIA, ANCIANO.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

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

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión, UPP, son lesiones que aparecen en la piel por el roce continuado del cuerpo con diferentes materiales. Nuestro estudio se lleva a cabo con ocho ancianos, durante tres semanas en el hospital Campus de la Salud de Granada, en la planta de medicina interna, dónde los pacientes mas longevos pasan bastantes horas en cama.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca de la prevención de las úlceras por presión en el anciano hospitalizado.

METODOLOGÍA: El método es la valoración y observación continua a los ancianos: inspeccionar, limpiar con agua y jabón e hidratar la piel todos los días, realizar un ligero masaje, nutrición adecuada, cambio e pañal frecuentemente, evitar las arrugas de la cama, animarlo que se levante, si no, realizar cambios posturales mínimo cada dos horas, utilizar colchones antiescaras o protectores si fuera necesario.

RESULTADOS: Hemos comprobado que siguiendo los métodos citados anteriormente como prevención de las UPP, los ancianos que mantenían una piel sana cuando ingresaron, al pasar tres semanas tienen la piel intacta, salvo dos de los ocho ancianos que valoramos en nuestro estudio, presentan UPP grado 4 ya que ingresaron de la residencia con una fase muy avanzada de UPP.

CONCLUSIÓN: La conclusión de nuestro estudio es que la observación continua y la prevención son fundamentales para evitar UPP en el anciano hospitalizado.

PALABRAS CLAVE: PREVENIR, ANCIANO, HOSPITALIZADO, ÚLCERAS.

DEMENCIA DE ALZHEIMER Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CRISTOBALINA SANCHEZ JIMENEZ, ITZIAR MALAGÓN RODRÍGUEZ, EVA ISABEL QUESADA REAL

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer es una enfermedad del cerebro normalmente crónica y progresiva con alteración de diferentes funciones cognitivas como pensamiento, memoria, comprensión, orientación, déficit en la toma de decisiones, lenguaje, etc. Estas alteraciones normalmente están asociadas y precedidas ocasionalmente al deterioro del comportamiento social, control emocional o de la motivación.

OBJETIVOS: El trabajo se plantea como objetivo analizar una revisión actualizada de los pilares de tratamiento del personal de Enfermería en la atención de los pacientes con Demencia de Alzheimer y la de fomentar la importancia de la figura del auxiliar de enfermería en la prevención precoz, diagnóstico y tratamientos de este tipo de demencia.

METODOLOGÍA: Es importante detectar la enfermedad en las etapas tempranas para poder realizar un diagnóstico precoz. Promover la independencia, fomentar la actividad del enfermo para mejorar la calidad de vida de dicho enfermo.

RESULTADOS: Para detener el daño cerebral no hay tratamiento. Las terapias y los fármacos pueden frenar la muerte cerebral.

CONCLUSIÓN: La enfermedad no tiene tratamiento conocido para detenerla, pero hay medicamentos que impiden que en un tiempo limitado la enfermedad no empeore. Es importante entender y conocer las etapas de la enfermedad, para tener un correcto comportamiento frente al enfermo y familia.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, ALZHEIMER, DETERIORO COGNITIVO, CUIDADOS, TCAE.

MANEJO DEL PACIENTE CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

MERCEDES COLLADO HERRANZ, ESTHER GRANADOS RAMOS, ISABEL MARIA SANCHEZ PASTOR

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer, 87 años, encamada desde hace 6 meses tras caída en su domicilio. Presenta fractura de cadera que no se pudo operar por los riesgos que suponían para la paciente. Acude con su hija al hospital por presentar upp en el sacro. Antecedentes médicos: DM tipo I, HTA, insuficiencia cardíaca, IAM en 2015.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 140/80 mmHg; FC: 67 lpm; Sat. O₂: 96%; Glucemia postprandial: 145 mg/dl; Temperatura: 36.5°C. Analítica de sangre y exudado de la UPP.

JUICIO CLÍNICO: UPP de grado III debido a inmovilidad de la paciente. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la movilidad física m/p lesión tisular (tejido subcutáneo). NOC: Integridad tisular: piel y mucosas; NIC: Vigilancia de la piel, cuidados de las heridas. (00004) Riesgo de infección r/c destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental. NOC: Estado inmune; NIC: Administración de medicación, protección contra las infecciones, vigilancia.

CONCLUSIONES: En pacientes encamados es importante realizar los cambios posturales para evitar la aparición de UPP. Por lo que es enfermería la encargada de informar a los familiares sobre la importancia de realizar los cambios posturales, además de la correcta nutrición e hidratación para favorecer la cura de las mismas. En el caso de aparición de UPP, enfermería es la encargada de realizar las curas y de llevar un correcto seguimiento para curarlas y evitar la aparición de más. Además de tener un conocimiento de las medidas de asepsia para evitar la infección de las mismas.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERAS, CALIDAD, NUTRICIÓN, ENCAMADOS, CUIDADOS.

HIPOGLUCEMIA POR UN MAL CONTROL DE LA DIABETES

ROCIO SANCHEZ AGUILERA, EMILIO HERNANDEZ CARMONA, AURORA MARTINEZ GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 93 años que acude sola , derivada por UCCU, por hipoglucemia y bajo nivel de conciencia. Le han dado 4 vasos con dos cucharadas de azúcar sin mejoría. Esta mañana glucemia de 150, con pauta de 32 Ui de Lantus tras lo cual no ingiere mas alimentos. Acude sola, difícil exploración, no contesta a preguntas de manera coherente. Antecedentes: NAMC, HTA, Dm tipo 2. SCASEST tipo IAM anterior. Valvulopatía mitroaórtica e IAo ligera-moderada. Vive con su hijo. No deterioro cognitivo. Vida sedentaria, deambula con ayuda de bastón. Dependiente parcial.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: REG, desorientada, no colabora, consciente. BHy BP. Taquipneica en camilla. ACR: rítmica sin soplos. MVC con dudosos crepitantes en las bases. Abdomen: distensión abdominal, con dolor a la palpación generalizada. MMII: edemas en ambas piernas. Se solicita: ECG, Rx de abdomen y tórax y analítica con orina.

JUICIO CLÍNICO: Hipoglucemia diabética. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Nos podemos encontrar ante: una ICC, Anasarca, hiponatemia e hipopotasemia moderadas, Ileo adinámico.

CONCLUSIONES: Los pacientes ancianos son una población en la que el control y seguimiento de las enfermedades crónicas como la diabetes es muy difícil realizarlos, en la mayoría de los casos por ellos mismo, por lo que necesitan la supervisión de sus familiares para un mejor control de la enfermedad. La presencia de enfermedades pluripatológicas como la demencia, la pérdida de agudeza visual, el no poder realizarse la comida... Hace que mantener los niveles de glucemia adecuados sea toda una odisea. Por ello son más susceptibles a sufrir hipoglucemias, es necesario dispositivos de apoyo sociales y familiares para atajar este problema.

PALABRAS CLAVE: HIPOGLUCEMIA, DIABETES MELLITUS, ANCIANO, MAL CONTROL, ENFERMEDAD CRÓNICA.

PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ANTIDIABÉTICO ORAL: METFORMINA

NATIVIDAD GUIJO MARTÍN, NICIA DEL ROCIO SANTANA BERLANGA, SONIA MARIA FRANGANILLO VICENTE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 81 años de edad en antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia renal leve, diabetes mellitus tipo 2, FA, dislipemia y obesidad. Tratamiento habitual: bisoprolol, digoxina, metformina y atorvastatina. En tratamiento con antibiótico y antiinflamatorios desde hace 48 horas por vasculitis en MMII dcho. Acude a urgencias por presentar vómitos y malestar general desde hace 24 horas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Constantes en rango. Consciente, orientada y colaboradora. Signos de deshidratación. Se cursa analítica que muestra acidosis láctica y fracaso renal agudo.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación por metformina. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Procesos infecciosos, shock cardiogénico, la sepsis y el ejercicio físico intenso. La presencia de foco infeccioso, junto a fracaso renal, hizo pensar en una sepsis. Otra causa poco frecuente de la acidosis láctica es la producida por fármacos.

CONCLUSIONES: Las intoxicaciones son frecuente motivo de consulta en urgencias, sin embargo pocas se asocian a una alta mortalidad como la descrita por metformina. La acidosis láctica es un efecto poco frecuente pero descrito en tto con metformina. En pacientes como este, con acidosis láctica e insuficiencia renal se aconseja la hemodiálisis urgente.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, ANTIDIABÉTICO, REACCIÓN ADVERSA, CUIDADOS, ENFERMERÍA, INTOXICACIÓN.

ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTE ENCAMADO CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

ESTEFANIA LAINEZ BLANCO, MARIA GRACIA CUADRA PEREZ, MARIA DEL CARMEN TABOADA CALERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 84 años visitado por enfermera ambulatoria que presenta UPP GII en sacro tras meses de encame por deterioro cognitivo y físico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Constantes dentro de la normalidad. Normotermia. Cuidadora principal, su mujer. Antecedentes personales de HTA, dislipemia, ACV en 2009, y enf. Alzheimer en fase avanzada. Portador de pañal por incontinencia urinaria y fecal. Se observa ulceración en zona sacra con pérdida de continuidad de la piel. Herida enrojecida y no exudativa. Sin presencia de necrosis. No presenta mal olor.

JUICIO CLÍNICO: Úlcera por presión de segundo grado **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Es una lesión localizada de la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o una combinación de estos y fuerzas de cizallamiento. Las úlceras por presión también se asocian con varios factores que contribuyen a confusión, cuyo papel aún no está totalmente aclarado. El hallazgo de factores como la presencia de incontinencia, de patología vascular o de diabetes, entre otras, pueden ayudarnos a identificar la causa real de las lesiones en estudio.

PLAN DE CUIDADOS: Para evitar aumento de UPP, cambiar pañal frecuentemente o conseguir colector urinario para evitar encontrarse mojado. Realizar cambios posturales y evitar fricción en el movimiento. Asegurar una hidratación del paciente adecuada. Curar úlcera, limpiándola en abundancia evitando antisépticos locales y aplicar pomadas y parches según su estado y evolución si fuese necesario.

CONCLUSIONES: Las fuerzas que más influyen en la aparición de las úlceras son la presión, fricción y deslizamiento; además las áreas más susceptibles para su desarrollo son las zonas de apoyo o prominencias óseas y se clasifican en I, II, III, IV grado. Las úlceras por presión pueden y deben de evitarse con unos buenos cuidados de Enfermería dentro de un plan general que incluye el seguimiento de las directrices para su prevención y el trabajo multidisciplinario del médico, enfermera, paciente y familia.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA, GRADO 2, INCONTINENCIA URINARIA, ÚLCERA POR PRESIÓN.

DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA EN PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS

ZAIDA BREA VIZCAINO, LIDIA ANA HINOJO IBAÑEZ, ROSALIA RUIZ RUBIO

INTRODUCCIÓN: La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) es un daño cutáneo asociado a la exposición de orina y/o heces. La DAI es un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP), infecciones y complicaciones en la piel.

OBJETIVOS: Analizar las variables existentes para este tipo de pacientes. Comparar la prevención de esta asociación para disminuir estos casos.

METODOLOGÍA: Búsqueda científica en buscadores como finisterra, Cuiden y Scielo con descriptores como dermatitis, incontinencia, ancianos, hospitalización, prevención y algunos casos clínicos de la Comunidad Autónoma de Madrid para comparar como prevenirlas.

RESULTADOS: Las variables existentes son la edad, género, estancia media, índice de Barthel (IB), incontinencia y tipo, presencia de lesiones en zona sacra, perianal, interglútea, perigenital e ingles. La mejor prevención es un buen manejo de la humedad, cuidado rutinario de la piel y valoración sistemática. Ver cómo llegan al ingreso para la detección precoz.

CONCLUSIÓN: Prevalencia de incontinencia y DAI encontrados encajan con la bibliografía. Las UPP aparecen en dependencia severa y grave. Las DAI aparecen en todos los grados de dependencia. Los profesionales dedicados a la atención del mayor deben, instruirse en el manejo, y detección precoz de los factores de riesgo de las lesiones asociadas a la humedad.

PALABRAS CLAVE: DERMATITIS, INCONTINENCIA, ANCIANOS, HOSPITALIZACIÓN, PREVENCIÓN.

PROCESO DE DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

ROCIO ALONSO CAPARROZ, MARIA LUISA BALLESTA FERNÁNDEZ, MARÍA DOLORES COLLADO MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión en personas mayores de 60 años es frecuente y a menudo se asocia con enfermedades coexistentes, disfunción cognitiva o ambas. Los ancianos con depresión tienen mayor riesgo de suicidio

OBJETIVOS: Estudiar la prevalencia de la depresión en el anciano.

METODOLOGÍA: La búsqueda de información la hemos realizado a través de artículos y libros científicos de Internet.

RESULTADOS: Se debe estimular a los ancianos deprimidos a aumentar su actividad física en la medida de lo posible. Otras recomendaciones son mejorar la alimentación y aumentar las relaciones sociales. En general, debido a que la depresión aumenta la dificultad de iniciar cambios en los hábitos de vida, estas recomendaciones son insuficientes si no se efectúan farmacoterapia, psicoterapia o ambas.

CONCLUSIÓN: Respecto a los niveles de satisfacción de la vida, según estudios, señalan que los ancianos que llevan una vida sedentaria presentan los niveles más bajos respecto a los ancianos que realizan actividades físicas o en grupos. También podemos destacar que los ancianos institucionalizados muestran una elevada prevalencia de signos y síntomas depresivos.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, ANCIANO, ANTIDEPRESIVO, TRASTORNO MENTAL.

ENFERMEDAD PULMONAR OBTRUCTIVA CRÓNICA REAGUDIZADO: PACIENTE

CRISTINA POZO GARCIA, VICTORIA JEAN MARIA BODLAK PRADA, RAUL GARCES ROMERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente institucionalizada de 72 años que es remitida desde su residencia por mayor disnea de lo habitual. ANTECEDENTES HTA. No DM. Ex fumadora de tabaco y cannabis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG. BHYP. MNC. Taquipnea en reposo. AC: tono ritmicos sin soplos. AP: MV disminuido en ambos hemitórax con ruidos de transmisión de vías aéreas superior. EEII: no edemas. Gasometría: PH: 7.31 PCO2:88. Se realiza analítica: hemograma, bioquímica y coagulación.

JUICIO CLÍNICO: EPOC reagudizado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Bronquitis crónica. Enfisema. Asma. Bronquiectasias. Fibrosis quística. Insuficiencia cardíaca.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico NANDA. Intolerancia a la actividad. Resultados NOC. 005. Tolerancia a la actividad. 1402. Control de la ansiedad. Intervenciones NIC. 0180. Manejo de la energía. 1803. Ayuda con los autocuidados: alimentación. 1804. Ayuda con los autocuidados: baño e higiene.

CONCLUSIONES: Se pauta bipap junto a nebulizaciones con mascarilla Ventimax a 5 lpm. Se pauta antibioterapia de Levofloxacino 500 mg 1 cada 24 horas durante 1 semana. Control de la Tª. Tratamiento con corticoides. Se queda ingresada durante 5 días hasta mejoría total. Posteriormente se le da el alta con los cuidados correspondientes al alta domiciliaria.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, INSTITUCIONALIZADA, EPOC, DISNEA, FUMADORA.

ESTUDIO DE LAS CONSECUENCIAS DE LA DESHIDRATACIÓN EN EL ANCIANO

MARIA ISABEL VARELA GOMEZ, LIDIA VICENTE FONTANILLA, MARIA FRIAS GARZON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 84 años que es traído por la ambulancia a nuestro hospital por haber sufrido una crisis convulsiva. Los familiares refieren que tras esta convulsión, presenta movimientos hiperactivos, temblor muscular y un estado de obnubilación mental. Además, nos comentan que ha sufrido diarreas de repetición durante las últimas dos semanas, a pesar de haber seguido el tratamiento indicado por su médico de familia. Sus antecedentes personales son: HTA en tratamiento con Amlodipino 5mg, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con Dianben 850 mg e hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina 40 mg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física general aportó los siguientes datos: TA 109/56 mmHg, FC 106 lpm, Glucemia de 138 mg/ dl, T° de 35,4 °C, presencia de piel y mucosa bucal secas y oliguria. También se realizan análisis de sangre y gasometría venosa, donde observamos hipernatremia, aumento de la osmolaridad plasmática y aumento del hematocrito, así como análisis de orina en el que la osmolaridad y la densidad están aumentadas.

JUICIO CLÍNICO: Deshidratación. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis y los antecedentes personales del paciente, la sospecha diagnóstica inicial fue la de un deterioro neurológico, pero con los resultados de las pruebas realizadas podemos observar la alteración de los parámetros que definen a una deshidratación, provocada por las sucesivas diarreas padecidas durante las dos últimas semanas.

CONCLUSIONES: Los ancianos tienen mayor probabilidad de tener problemas asociados con los líquidos y la concentración de electrolitos, lo cual produce un desequilibrio del agua y del sodio. Es de vital importancia, ayudarles en un aporte adecuado de agua al día, ya que tienen disminuida la respuesta a la sed y en procesos de pérdidas de líquidos, como diarreas o vómitos, hay que estar más pendiente a ese aporte diario de agua.

PALABRAS CLAVE: CRISIS CONVULSIVA, TEMBLOR, DESHIDRATACIÓN, OBNUBILACIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARIA BLANCA CASTILLO PALOMARES, ENCARNACION RODRIGUEZ LEON, SACRAMENTO TEJERA MOYANO

INTRODUCCIÓN: Son lesiones de la piel en las que se puede ver afectada la dermis, epidermis y otras capas más profundas de la piel con pérdida de sustancia debido a la compresión entre la parte ósea y una superficie dura. Se producen por una larga permanencia en cama, falta de movilidad, trastornos circulatorios, trastornos nerviosos por compresión y humedad. Se dividen en dos grupos: úlceras por presión y úlceras vasculares.

OBJETIVOS: El objetivo principal es determinar pautas de prevención antes de la aparición de la úlcera. Así como identificar medidas para mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados a las personas con úlceras por presión o en situación de riesgo de desarrollarlas.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Atender las necesidades del paciente derivadas de la enfermedad, cambios posturales cada dos o tres horas como mínimo, movilización activa y pasiva, repartir el peso por igual, para evitar dolores musculares, realizar ejercicios físicos activos y pasivos. Informar y enseñar a la familia de todas las medidas preventivas y cuidado y autocuidado del paciente. Los resultados consisten en determinar los factores que influyen en la formación de úlceras. Los cuales son edad del paciente, estado nutricional, deficiencias sensoriales y alteraciones del aparato locomotor, enfermos con proceso crónico prolongado, afectación mecánica, administración de ciertos fármacos, humedad de la piel, duración de intervenciones quirúrgicas, factores del entorno.

CONCLUSIÓN: El tcae debe de ser el primero en detectar su aparición. Además, recae también el trabajo de prevenirlas. Los cuidados de enfermería deben ser personales, estas medidas comprenden: mitigar o eliminar la presión, estimular la circulación y mantener la piel limpia y en estado saludable.

PALABRAS CLAVE: LESIONES, ÚLCERAS POR PRESIÓN, TCAE, FRICCÓN.

PROBLEMAS HEPÁTICOS EN LA EDAD AVANZADA

ISABEL MARÍA BERBEL HERNÁNDEZ, ANA BELEN SANCHEZ HERNANDEZ, VITOR EMANUEL ANDRADE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 70 años, que acude al médico solicitando una revisión general por llevar dos años sin acudir a consulta. No alergias. Hipertenso, diabético tipo 2 y colesterol. Ex fumador. Bebedor de dosis tóxicas de alcohol (1 litro de vino diario) en abstinencia desde hacía 3 meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente consciente y orientado, eúneico, colaborador, normohidratado y normocoloreado, tolera decúbito. Constantes: TA: 120/82, FC: 73 latxmin, Sat O₂: 97%, T°36,5°. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, hepatomegalia de un trasverso de dedo, no masas, no semiología de ascitis, ruidos intestinales presentes. Pruebas ordenadas: analítica de control (hemograma, bioquímica). Respecto a las pruebas complementarias llevadas a cabo fueron ecografía abdominal, Tac abdominal y debido a los resultados obtenidos derivación al digestivo de carácter urgente.

JUICIO CLÍNICO: Hipertransaminasemia con patrón de colestasis. Probable colangiocarcinoma intrahepático. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cirrosis hepática alcohólica moderada, dos lesiones focales, no criterios claros de haptocarcinoma.

CONCLUSIONES: Importancia de la exploración física y pruebas complementarias en AP (analíticas de control y Ecografía abdominal) para detectar la enfermedad en fases iniciales, momento en el que es posible aplicar tratamientos potencialmente curativos.

PALABRAS CLAVE: PROBLEMAS, EDAD AVANZADA, HÍGADO, ATENCIÓN PRIMARIA.

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO

VIRGINIA NAVAS AGUILAR, VICTORIA ESCALONA MARMOL, FRANCISCA CUEVAS PORTILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 84 años, cuidadora principal de su marido, ambos con factores de riesgo, pluripatológicos y polimedicados. Presenta problemas para describir la medicación y su tratamiento. Lleva una rutina desordenada de ingesta, no relaciona dieta-diabetes-dislipemia, dolor crónico en tratamiento sin control, ansiedad como respuesta a la toma de conciencia de su mala evolución, y la percepción de necesidad de apoyo. Su marido refiere que desde hace meses la nota mas “atrofiada”, retraída y con pérdidas de memoria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes del caso: No alergias conocidas. Enfermedad actual: Diabetes tipo II, HTA, Dislipémica y Artrosis de rodilla y cadera. Tratamiento actual: Losartán 100mg, Simvastatina, Omeprazol 20 mg, Insulina novorapid según pauta médica, Insulina glargina 16 ui, Paracetamol 650 mg, Lorazepam 1mg. Se realiza una exploración por parte de su enfermero de referencia en una Visita a Domicilio, para la revaloración de adherencia al tratamiento, supervisa dieta baja en hidratos de carbono, grasas y sodio, control de TA y glucemia capilar, adiestrándola en uso del glucómetro. Reunión con la trabajadora social de servicios sociales municipales para establecer un sistema de supervisión y control de la toma del tratamiento farmacológico, con soporte del servicio de ayuda a domicilio.

JUICIO CLÍNICO: Incumplimiento de la medicación. Se acuerda con los distintos profesionales que han intervenido en las visitas de control y seguimiento, para evaluar la adherencia al plan terapéutico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Podemos identificar cuatro diagnósticos: Gestión ineficaz de la propia salud, Incumplimiento, Dolor crónico y Cansancio en el rol del cuidador.

CONCLUSIONES: Principal resultado de este caso; la mejoría de nuestra paciente y la efectiva coordinación de todo el equipo asistencial. La coordinación entre distintos ámbitos asistenciales liderada por la enfermera. La enfermera tiene como fin principal alcanzar los objetivos terapéuticos marcados por el equipo y favorecer la adherencia terapéutica, con especial énfasis en la toma de fármacos.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, POLIMEDICACIÓN, INTERVENCIÓN ENFERMERA, ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON ALZHEIMER. A PROPÓSITO DE UN CASO.

LUCIA ROCHE GUTIÉRREZ, RAQUEL MUÑOZ VILLAVERDE, LETICIA ELVIRA GUTIÉRREZ,
AINHOA PEDREGOSA MUNUERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 78 años de edad que es traída a urgencias por caída en residencia geriátrica tras episodio de agitación. Diagnosticada en el 2013 de enfermedad de Alzheimer en fase leve a moderada. Tiene pérdidas de memoria. Dependencia leve para actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Deterioro cognitivo moderado. Antecedentes personales: DM tipo II; IQ: colecistectomía 2005 ; HTA ; Dislipemia. No alergias conocidas de interés. El marido no refiere antecedentes familiares de interés. Vacuna antigripal anualmente en el centro geriátrico en el que reside (última 2017).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente a su llegada a urgencias se encuentra agitada. No orientada en tiempo ni espacio. TA: 140/80; FC: 100; Tº: 36,7;

JUICIO CLÍNICO: Tiene una escala de Norton=7 Patrón 3 Eliminación: incontinencia urinaria, continencia fecal. Patrón 4: Actividad- ejercicio, (Dependencia Leve). Patrón 6: Cognitivo- Perceptivo, Deterioro cognitivo moderado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** A partir de la valoración inicial se describen como principales diagnósticos NANDA: (00131) Deterioro de la memoria r/c enfermedad Alzheimer; (00155) Riesgo de caídas; (00047) Riesgo deterioro integridad cutánea; (00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo. Como intervenciones NIC se proponen: orientación en la realidad (4820); estimulación cognitiva (4720); prevención de caídas (6490); manejo de presiones (3500), vigilancia de la piel (3590); (4354) manejo de la conducta: autolesión

CONCLUSIONES: El equipo de enfermería es uno de los pilares fundamentales en la atención del paciente que padece Alzheimer y de todas las personas que se hacen cargo de su cuidado. La enfermera es quien tiene la mayor probabilidad de identificar los signos y síntomas o cambios que alertan, y así poder dar un seguimiento oportuno. Es de vital importancia implicar a la familia ya que con unos cuidados adecuados se puede mejorar mucho la calidad de vida de estas personas.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, GERIATRÍA, CUIDADORES, CAIDAS.

INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE EL PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA DE TIPO FUNCIONAL

MANUEL SABIOTE RUIZ, RAFAEL GARCIA LA IGLESIA, MARTA CAMPOS MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 77 años, obeso y con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca moderada, HTA e hipercolesterolemia, que está siendo tratado por cardiólogo con los siguientes fármacos: Omeprazol 1c/día, Vals 1c/día, Seguril 2c/día, Adiro 1c/día, Cardyl 1c/día, Zetrol 1c/día, Enconcor 1c/día. Hace varios días comenzó a presentar dolor lumbar, lo que le impide moverse adecuadamente ocasionándole pérdidas de orina que provocan irritación en la piel.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF. TA: 110/70 mmHg. FC: 72 ppm. GB: 104 mg/dl.

JUICIO CLÍNICO: Incontinencia Urinaria funcional. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 00020 Incontinencia Urinaria funcional r/c problemas de movilidad m/p pérdida de orina antes de llegar al inodoro.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: 0310 Autocuidados: uso del inodoro. 0502 Continencia urinaria. NIC: 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria. 0221 Terapia de ejercicios: ambulación.

CONCLUSIONES: La incontinencia urinaria supone uno de los principales problemas del paciente con deterioro de la movilidad, ya sea temporal o permanente. Una de nuestras prioridades como profesionales de la enfermería es favorecer que el paciente ejercite la musculatura perineal para mejorar la continencia de la orina en casos de incontinencias por problemas de movilidad, así como los cuidados de la piel, evitando cualquier posible caso de úlceras cutáneas por maceración de la piel debido a la humedad.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIÓN, ENFERMERA, PACIENTE, INCONTINENCIA, URINARIA, FUNCIONAL.

ESTRATEGIAS A LLEVAR A CABO PARA EVITAR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MONTSERRAT VANESA MAÑAS MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN TORRES ZAGUIRRE, ANA MARIA ROMERA TORO

INTRODUCCIÓN: La aparición de las úlceras por presión además de representar un importante problema asistencial dada su prevalencia, la calidad de vida de los pacientes y el impacto sobre la salud, supone un gran coste al sistema sanitario a la labor que realiza el equipo sanitario que las tiene que tratar.

OBJETIVOS: Tratar de desarrollar lo importante que es la prevención en la aparición de las úlceras por presión.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, Cochrane y Scielo.

RESULTADOS: Las úlceras por presión son muy resumidamente lesiones isquémicas localizadas en la piel y tejidos subyacentes que resultan de la presión prologanda o fricción entre el paciente y un plano duro que pueden ser algo tan sencillo como la propia cama. Entre los factores intrínsecos que favorecen su aparición podemos destacar como más frecuentes la inmovilidad, nutrición y deshidratación. En los factores extrínsecos cabe destacar las superficies de apoyo, la humedad y las técnicas manuales sobre la piel que son los cambios posturales efectuados de forma incorrecta (arrastramiento/cizallamiento) por el personal sanitario. Los métodos que proponemos para prevenir la aparición de las úlceras por presión son el correcto cambio postural (elevar el cuerpo sin producir fricción), la correcta elección de las superficies para el manejo de presión (colchones antiescaras), las prevenciones locales (dispositivos de alivio tales como almohadas, cojines, ácidos grasos hiperoxigenados, etc.) Y por último la movilización (favorecer la circulación y evitar rigideces articulares).

CONCLUSIÓN: El coste de la prevención de la úlceras por presión es muy inferior al del tratamiento y constatamos que la inversión de recursos para su prevención es rentable en términos económicos y en calidad de cuidados a los pacientes. Las úlceras por presión no son tan solo un problemas de las personas ancianas.

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN, MÉTODOS, FACTORES, ÚLCERAS.

ESTUDIO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA: VIRUS INFLUENZA B

MARIA RIONDA CABO, ELENA CAÑEDO FERNÁNDEZ, CRISTINA MUÑOZ SANTOS, MARÍA ARÁNZAZU MIER JUANES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer, 80 años, institucionalizada en residencia, acude a urgencias por comienzo de importante trabajo respiratorio y fiebre de 38,8°C tras 1h después de la cena. Antecedentes sociales y profesionales: Institucionalizada. TDAVD, vida cama-sillón. Deterioro cognitivo severo. No aplicada vacuna de gripe este año. Enfermedades previas: Sífilis latente (2005). Enf. Alzheimer (2005). Sepsis urinaria (2008). Crisis comicial tónico-clónica en 2014 comenzando tratamiento entonces.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, no valorable orientación, no colaboradora. REG. NH y NC. Trabajo respiratorio en reposo. Fiebre 38,8°. FC120. FR:31. TA 125/71. SpO2 95%. AP:MVC con roncus bilaterales. AC y Abdomen: sin hallazgos. EEII: no edemas ni signos de flebitis ni TVP. Atrofia. Analítica: BQ (glu 118,urea 31, creat.0.89, Na 138, K 4.7), Hg (Hb 14.9, Hto 45.1, Leuco 8.53) Y coag (t. Prot74%,INR 1.22). GAB: ph7.44, PCo2 33, Po2 68, bicarb 23.7, Exc. Bases -1.5, Sat95%. ECG: FA a 120lpm. Rx :estudio subóptimo. No claras condensaciones. Virología: PCR gripe influneza B positivo.

JUICIO CLÍNICO: Infección respiratoria por virus influenza B. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los antecedentes descritos se sospechaba infección por broncoaspiración. La familia refiere que en la residencia no existen casos de gripe. A pesar de eso, tras el exudado de virus recogido, se confirma que se trata de una gripe por influenza B positivo.

CONCLUSIONES: Ingreso por gripe B y FA rápida no conocida. Se inicia tratamiento empírico al ingreso con amoxicilina-clavulánico, consiguiendo mejoría clínica progresiva. Se reinicia tolerancia. Tras completar ciclo antibiótico se decide alta. Los programas de inmunización contra las enfermedades del tracto respiratorio aplicados a la población geriátrica han mostrado una disminución tanto en la incidencia como en la prevalencia de enfermedades infecciosas prevenibles.

PALABRAS CLAVE: INFECCIÓN RESPIRATORIA, VIRUS INFLUENZA B, FIEBRE, INSTITUCIONALIZADA.

ESTADO NUTRICIONAL Y ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANNA MARIA BONJORN MARTI, PATRICIA FERRER LLABERIA, ARES IZARD FORRELLAD, CARLA BARDIA MINGUELLA, ANNA ERITJA COMES, DANIEL BOSCH CAPDEVILA

INTRODUCCIÓN: Uno de los principales factores de riesgo relacionados con la aparición de úlceras por presión es la situación nutricional del paciente, por ese motivo se tendría que realizar una valoración para prevenir su aparición o para realizar unos planes de curas adecuados.

OBJETIVOS: Determinar medidas para relacionar el déficit nutricional y las úlceras por presión y analizar el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios referente a la valoración nutricional.

METODOLOGÍA: Es un estudio descriptivo cualitativo. La población de estudio son pacientes entre 85 y 92 años de una residencia que presentan úlceras por presión de diferentes estadíos, a los cuales les hicimos la valoración MNA para saber si sufrían malnutrición. Por otro lado recogimos encuestas a profesionales sanitarios para valorar los conocimientos nutricionales.

RESULTADOS: De las 10 valoraciones MNA: 50% de los pacientes presentan malnutrición, 40% de los pacientes presentan riesgo de malnutrición y el 10% de los pacientes presentan un estado nutricional satisfactorio. Por otro lado, de las 13 encuestas realizadas al personal sanitario encontramos: Conceptos más errados, factores de riesgo, parámetros nutricionales numéricos estándar y escala de valoración utilizada para valorar la malnutrición. Finalmente a modo de conceptos claros el tipo de dieta a seguir en presencia de UPP y reconocimiento de los nutrientes más importantes en los procesos de cicatrización.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los pacientes de este estudio que tienen úlceras por presión, padecen malnutrición o riesgo de malnutrición, por lo tanto la aparición de úlceras por presión esta relacionado con el estado nutricional deficiente. Referente a los resultados de las encuestas recogidas a los profesionales sanitarios, la mayoría de ellos tienen un aprendizaje satisfactorio sobre la nutrición. De todas formas pensamos que se tendría que fomentar el aprendizaje ya que no esta de as aumentar la confianza a la hora de aconsejar a los pacientes sobre este tema.

PALABRAS CLAVE: MALNUTRICIÓN, VALORACIÓN NUTRICIONAL, NUTRICIÓN, ÚLCERAS POR PRESIÓN.

FRECUENCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS DE PRESIÓN

PILAR RECHE GARCÍA, CARMEN AGUILAR ASENSIO, MANUELA RECHE GARCÍA

INTRODUCCIÓN: Los cambios posturales en pacientes encamados, previenen la aparición de úlceras por presión (UPP). Las (UPP), escaras o llagas, son lesiones que se producen en la piel por permanecer en la misma posición largos periodos de tiempo. Suelen aparecer en zonas del cuerpo donde el hueso está más cerca de la piel. La frecuencia con la que se realizan los cambios posturales, son de vital importancia.

OBJETIVOS: Analizar la frecuencia con la que se debe realizar los cambios posturales.

METODOLOGÍA: Revisión de publicaciones científicas sobre úlceras por presión. Se consultaron bases de datos (Dialnet, IME Biomedicina, CINHALL, PubMed, Cuiden, Scielo y Scopus). Se limitó la búsqueda al intervalo 2008-2017. Se utilizaron descriptores como (“úlceras por presión”, “prevención y causas” y “tratamiento” “frecuencia en los cambios posturales”). Los criterios establecidos fueron: 1) estudios que analicen las causas y prevención de las úlceras por presión; 2) que aportasen datos empíricos sobre la metodología en los cambios posturales; y 3) con acceso al texto completo. De un total de 45 publicaciones, se seleccionadas 8.

RESULTADOS: La frecuencia de los cambios posturales dependerá; del individuo, la tolerancia de su tejido, su grado de actividad y movilidad, su estado de salud general. De la superficie de apoyo que se esté utilizando. Y los objetivos globales del tratamiento. Dependiendo la superficie de apoyo y el estado del paciente, la frecuencia en los cambios posturales será diferente, por lo que no existen protocolos de cambios posturales homogéneos.

CONCLUSIÓN: En cada caso se deberá de utilizar una frecuencia distinta, atendiendo a las circunstancias personales del paciente y las superficies empleadas.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, POSTURAS, FRECUENCIA, ÚLCERAS.

EL ANCIANO CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

MONTSERRAT VANESA MAÑAS MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN TORRES ZAGUIRRE, ANA MARIA ROMERA TORO

INTRODUCCIÓN: El estreñimiento es considerado como una alteración del patrón intestinal normal de la persona. No todos tienen un movimiento intestinal diario, ni puede esperarse que esto sea así. Las personas establecen sus propios patrones de funcionamiento intestinal en cuanto a frecuencia y veces al día. La materia fecal consta principalmente de agua, bacterias, celulosa no digerida, moco, restos celulares, pigmentos biliares y pequeñas cantidades de sal. El estreñimiento crónico es el síntoma, después del dolor, que expresan los ancianos mayores de 70 años.

OBJETIVOS: Detectar los factores de riesgo y las causas desencadenantes del estreñimiento, para un control de esfuerzo defecatorio y la satisfacción post-evacuación. Determinar los conocimientos del personal sanitario para afrontar el problema. Evitar posibles complicaciones derivadas del estreñimiento crónico. Controlar la frecuencia defecadora del paciente y la consistencia de las heces.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos Medline, PubMed, CSIC.

RESULTADOS: Se tendrán en cuenta, las causas que lo han producido. En lo primero que se piensa para aliviar el estreñimiento son en los laxantes, enemas y supositorios. Los laxantes se clasifican según su acción, los formadores de volumen, los emolientes, los lubricantes, los estimulantes, los salinos y los hiperosmóticos. El laxante idóneo no existe por ello es necesario probar cual es el mejor para cada paciente. Los enemas se utilizan para limpiar el intestino y aliviar el estreñimiento.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los estudios acerca del estreñimiento crónico comparten que es importante la prevención del estreñimiento con la ingesta, el ejercicio físico, los hábitos de defecación regulares y evitar sustancias excitantes, preferible al uso de enemas y laxantes. Todo esto como consecuencia disminuye el riesgo de complicaciones como fisuras anales, hemorroides, impactaciones fecales (muy comunes en ancianos) y hasta en ocasiones enfermedades graves como el cáncer de colon.

PALABRAS CLAVE: ESTREÑIMIENTO, ANCIANO, LAXANTES, HECES.

PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

NURIA GAVIRA RODRIGUEZ, FRANCISCO CUMBRERAS GARCÍA, CRISTINA MOSCOSO DELGADO, MARIA MORENO FLORES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 82 años, ingresa al hospital traído por DCCU presentando disartria y hemiparesia derecha con 2 horas de evolución. Sus antecedentes personales son: HTA, DM tipo II, en tratamiento con ADO, Obesidad, Deterioro cognitivo de origen vascular, Ictus isquémico occipital izquierdo con probable origen embólico en 2016, litiasis biliar, extrasístole ventricular e hiperuricemia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física se aportó los siguientes datos: Somnoliento, eupneico, bien hidratado y perfundido, hemodinámicamente estable, responde a ordenes sencillas, se encuentra disártrico con desviación leve de la comisura labial. Se realiza TAC craneal urgente donde no se observan signos de sangrado ni de isquemia aguda. No se activa el código ICTUS por tratarse de un paciente dependiente de ABVD.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico en ACM derecha y occipital izquierda de perfil embólico. Deterioro cognitivo Multifactorial de componente vascular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis se hace un diagnostico a priori que se confirma con los datos de las pruebas complementarias.

PLAN DE CUIDADOS: Mantener TA menor de 140/90 mmHg, medir rangos de LDL y mantenerlos menor a 100 mg/ dl, niveles de HbA1c < 7% y anticoagulación del paciente.

CONCLUSIONES: Entre 110.000 Y 120.000 Personas se ven afectadas por un ictus en España, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). El ictus isquémico es una obstrucción parcial o total de una o varias arterias que llevan la sangre desde el corazón hacia el cerebro. Esa obstrucción es a causa de un coágulo de sangre que tapona el vaso, o una porción de materia grasa que se ha desprendido de las paredes de la arteria. El ictus el 99% de los casos no duele, por lo que no se le da la importancia que tiene en sus primeros momentos, que son esenciales. Los factores de riesgo como HTA, DM, Colesterol o falta de ejercicio físico son los principales factores desencadenantes.

PALABRAS CLAVE: DISARTRIA, HEMIPARESIA, ICTUS ISQUÉMICO, OBSTRUCCIÓN PARCIAL.

ESTUDIO DE LA HIDRATACIÓN EN LAS PERSONAS ANCIANAS

PAULA LORENTE OTIN, MATILDE IZQUIERDO RODRIGUEZ, ROSARIO TORRES SALMERÓN

INTRODUCCIÓN: El agua es un recurso necesario en la vida diaria. Es el principal componente del cuerpo humano, y permite el traspaso de los nutrientes. El cuerpo humano tiene un 75% de agua al nacer y un 60% en la edad adulta.

OBJETIVOS: Analizar la ingesta de agua en personas ancianas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos: Scielo, Google Académico y Cochrane con los descriptores: hidratación, personas ancianas, agua y deshidratación.

RESULTADOS: Las personas de la tercera edad disminuyen su sensación de sed, además de que se sacian con mayor rapidez siendo así menor la cantidad de líquidos que beben. Por otro lado, los mayores dejan de beber líquidos por miedo a las incontinencias urinarias y en ocasiones por el dolor que sienten si padecen de algún tipo de infección en el tracto urinario. Por ello es importante, incrementar la ingesta de líquidos en función de cada persona, siguiendo unos patrones tales como la actividad física que realicen, el tipo de dieta y su estado de salud.

CONCLUSIÓN: Las personas ancianas necesitan un aporte de líquido extra con respecto al resto de colectivos, teniendo en cuenta un equilibrio entre la ingesta y la eliminación de los mismos. Los líquidos a ingerir además de agua son los zumos, infusiones, refrescos leches y sopas. El consumo necesario para cubrir sus necesidades sería al menos de dos litros diarios.

PALABRAS CLAVE: HIDRATACIÓN, AGUA, PERSONAS ANCIANAS, DESHIDRATACIÓN.

ABORDAJE DEL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO

PABLO CUBEROS GAMIZ, LUCIANA BERBEL RABINO, CINTHYA GARCIA BLANES

INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las caídas son sucesos accidentales que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en una superficie firme que lo detenga. Además nos informa de que es un importante problema de salud pública, que registra alrededor de 424.000 Caídas mortales anuales, lo que las convierte en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden a los mayores de 60 años.

OBJETIVOS: Identificar factores de riesgo de caídas en mayores de 60 años. Conocer el papel de la enfermería para prevenirlos.

METODOLOGÍA: Se consultaron las bases de datos: Pubmed, Cinahl y Scopus. Todas las bases de datos de contenido biomédico. Descriptores utilizados fueron “Caídas” “Factores de riesgo” “prevención”.

RESULTADOS: El origen de la mayor parte de las caídas son producidas por causas inespecíficas, tales como accidentes (resbalones, tropiezo) pérdidas de equilibrio, alteraciones de la marcha, mareos, etc. Los factores de riesgo de caídas que con mayor regularidad se identifican son los siguientes: Deterioro de la fuerza muscular. Dificultad para la marcha y el equilibrio. Deterioro de la movilidad. Dificultades visuales y auditivas. Alteración de la función cognitiva. Antecedentes de caídas previas. La edad avanzada. Síntomas depresivos. El exceso de medicamentos (psicofármacos). El sexo femenino. Desnutrición.

CONCLUSIÓN: El estudio de factores precipitantes evitables es de máxima importancia, dada la alta incidencia en las caídas. Una identificación prematura de los factores de riesgo es fundamental para elaborar buenas estrategias de prevención. El personal de enfermería debe de actuar de forma activa, concienciar e informar dentro de su población, a aquellos pacientes con riesgo de sufrir caídas para una buena prevención.

PALABRAS CLAVE: RIESGO, ADULTO, PREVENCIÓN, CAÍDAS.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER : CÓMO CONOCER LOS PRIMEROS SÍNTOMAS

EUGENIO MANUEL GAMBOA SORIANO, MARIA CARMEN VAZQUEZ HUERTAS

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de alzheimer también llamada demencia senil, fué descubierta por el psiquiatra Alemán Alois Alzheimer en 1901, en una mujer de 51 años que tras 4 años y medio de enfermedad la paciente falleció, completamente apática y confinada a la cama, donde adoptaba posición fetal.

OBJETIVOS: Analizar los principales síntomas en un paciente con alzheimer.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases datos y en revistas de interés científico.

RESULTADOS: El Alzheimer empeora con el tiempo y es devastador. Existen muchos síntomas, como perdida de memoria severa afectando a las actividades diarias. Otros son confusión, se desorientan en lugares conocidos, problemas con el habla y la escritura, colocan los objetos fueran de su lugar habitual. Dificultad para resolver problemas o planificarlos, (tienen errores al sumar o restar). De vez en cuando necesitan ayuda en lo más simple, encender la tele o el microondas. Tienen una desorientación de tiempo o lugar. Se confunden en que día vive pero se dan cuenta más tarde. Dificultad para entender imágenes visuales y como se relacionan los objetos entre sí. Estos cambios pueden ser producidos por las cataratas, con lo cuál tienen problemas para conducir.

CONCLUSIÓN: En general se les presenta muchos obstáculos en su vida diaria. Se enojan cuando no pueden hacer algo o es interrumpido. Tienen que volver a aprender lo olvidado y eso es un continuo diario. Hay centros especializados en estos enfermos donde tienen muchas actividades y aprenden como los niños , jugando y a la ves es un descanso sus familias que son las que llevan todo el peso de esta enfermedad aún incurable. Es la forma más común de la demencia, que conlleva la perdida de la memoria y de otras habilidades intelectuales y es muy severa, interfiere en la vida cotidiana del individuo. Estados Unidos 5,4 millones de personas afectadas, para el 2050 serán 16 millones. Y el 70% viven en sus hogares.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, ENFERMEDAD, PACIENTE, SÍNTOMAS, NEUROLÓGICO.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS CAÍDAS EN LA TERCERA EDAD

ELENA OJEDA AGUDO, ANA MARIA RODRIGUEZ ESTEPA, LAURA RIVERA ROBLES

INTRODUCCIÓN: Según el INE los datos de España muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 17% de la población total, con más de 7 millones de personas (Instituto Nacional de Estadística-INE, 2008), de las que aproximadamente un 25% son octogenarias. Por lo que es conveniente valorar los factores de riesgo evitables en esta franja de edad; ya que suponen un alto porcentaje de la población española; y de ésta manera mejorar los gastos sociales y sanitarios. Las caídas de los pacientes de edad avanzada son eventos frecuentes que pueden causar pérdida de la independencia, lesiones y a veces la muerte como resultado de la lesión; por lo que aumentan la morbilidad y mortalidad en estos pacientes. Es importante determinar los riesgos para prevenir las caídas.

OBJETIVOS: Determinar los factores de riesgo asociados a las caídas en el adulto mayor.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de los últimos 10 años: INE, Cochrane, pubmed, Embase, y SCielo.

RESULTADOS: Los factores de riesgo identificados fueron: edad avanzada (> 80 años), sexo (> en mujeres), no tener un acompañante, hipertensión, discapacidad visual, tomar 2 medicamentos o más, la ocurrencia de caídas previas en los últimos seis meses, miedo a la caída, fuerza o equilibrio deteriorados y uso de alguna ayuda para caminar.

CONCLUSIÓN: Las caídas son un problema importante de salud pública en España. Muchos de los factores de riesgo asociados pueden modificarse con la introducción de medidas como programas de prevención destinados a abordar este problema; con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad, así como los recursos destinados para la rehabilitación de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: PERSONA MAYOR, SÍNCOPE POSTURAL, FACTORES DE RIESGO, CAÍDA, ENVEJECIMIENTO.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALBA FERNÁNDEZ CEPEDA, MANUEL OREA GALLEGO, ELSA GOMEZ PAREJA

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) se define según la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) como una lesión o área de muerte celular localizada en la piel y tejidos subyacentes generalmente sobre una prominencia ósea causada por presión, deformación, fricción y/o la combinación de éstos. Esto constituye un importante problema de salud pública por sus repercusiones en diferentes ámbitos como son la calidad de vida de los pacientes y el consumo de recursos para el Sistema de Salud.

OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo asociados con la aparición de UPP.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de la evidencia en las bases de datos Dialnet, Cuident Plus, Scielo, Elsevier y Pubmed, limitando la búsqueda a artículos publicados en español en los últimos cinco años.

RESULTADOS: La mayoría de autores identifican el binomio vejez-incontinencia precursor de la aparición y desarrollo de las UPP, otros añaden las variables inmovilidad y nutrición del paciente para la presencia de UPP. Sin embargo en la variable edad hay controversia, identificándola algunos autores como un factor de riesgo importante para la aparición de UPP y por el contrario, otros la identifican como una variable que no guarda relación significativa. Todos los autores identifican las mismas zonas de localización más frecuente para la aparición de las UPP siendo la región sacra, talones, tuberosidades isquiáticas y caderas.

CONCLUSIÓN: Por lo que existe una clara relación entre la presencia de UPP y las variables incontinencia, inmovilidad y nutrición del paciente, por lo cual, identificar el riesgo de aparición de UPP por parte del profesional de enfermería es muy importante para prevenir su aparición, obteniendo así mejores resultados terapéuticos en los propios pacientes y disminuyendo los costes en salud.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA POR PRESIÓN, ANCIANO, FACTORES DE RIESGO, ADULTO MAYOR.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS

IRENE VILLA DOMÍNGUEZ, MARÍA DOLORES SALAMANCA BAUTISTA, MARIA DE LOS ANGELES LEON CANALEJO

INTRODUCCIÓN: Debido el aumento de la tasa de envejecimiento de nuestra sociedad, las caídas constituyen un importante problema, generando consecuencias físicas, psico-sociales y económicas. Generalmente, son las mujeres quienes sufren este tipo de accidentes, con una edad en torno a los 80 años y en su domicilio.

OBJETIVOS: Demostrar la importancia de la prevención de caídas en el anciano.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en guías de práctica clínica y bases de datos como Scielo y Medline.

RESULTADOS: Los factores de riesgo que predisponen a sufrir una caída son ciertas enfermedades, alteraciones en los órganos de los sentidos y del sistema músculo-esquelético, la toma de determinados fármacos y uso incorrecto de los mismos, así como los obstáculos presentes en el domicilio (mala iluminación, baños sin barreras, alfombras...). Para el anciano, sufrir una caída puede desencadenar sentimientos de ansiedad y miedo a experimentar de nuevo esta situación. Esto puede generar lo que se denomina “síndrome post caída”; una pérdida de confianza en sí mismo que limita las actividades básicas diarias.

CONCLUSIÓN: Las caídas repercuten negativamente sobre la calidad de vida de las personas y el gasto sanitario. Siendo la prevención fundamental para disminuir el número de las mismas. Las medidas a tomar se podrían dividir en tres grupos: Primarias (educación, promoción y detección de factores de riesgo), con las que se conseguirá mantener un correcto estado de salud y aumentar la seguridad en el entorno domiciliario. Secundarias, mediante la evaluación e intervención en los grupos de mayor incidencia. Terciaria, favoreciendo la disminución de las consecuencias de las caídas y con ello las incapacidades que éstas producen.

PALABRAS CLAVE: CAIDAS, ENFERMERÍA, ANCIANO, INTERVENCIÓN, PREVENCIÓN.

PACIENTE CON CEFALEA DE MESES DE EVOLUCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

CARMEN FÁBREGA ALARCÓN, MARIA DEL ROSARIO GARCIA GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 76 años con Ap: no HTA, no DL. Glucemia basal alterada. Fibrilación auricular paroxística, AIT, ausencia de cardiopatía estructural, refiere desde hace dos meses cefalea frontal izquierda, que cede algo con analgésicos de primer nivel, es opresiva no irradiada casi diaria, respeta sueño, sensación de aumento de arteria temporal izquierda y de fotopsias en ojo derecho. No claudicación mandibular ni de miembros superiores. Astenia de años de evolución y molestias oculares inespecíficas con RMN previa con microangiopatía cerebral y estudio oftalmológico normal. Afebril.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: TA: 130/70; FC: 80; Tª 36 °C. Temporales engrosadas con pulsos simétricos. AC: tonos rítmicos y sin soplos AP: MVC. Arterias radiales, femorales y pedios conservados. No soplos abdominales. Analítica: Hb 4.18 X 10¹² hematíes hto 37.5 %; VCM 89.9 Plaquetas 208 x 10⁹ serie blanca leucocitos 5.3 X10⁹; neu 61.7%; Mon 7.2%; Lin 28.9 %; Eos 1%; Bas 1.2%; VSG 55. Tsh 1.877; Vitamina D 16; glucemia 105; Colesterol 260; HDL 110; LDL 124; PCR: 5.5. Se realiza Tac craneal que es normal y biopsia de temporal que es positiva para arteritis de células gigantes.

JUICIO CLÍNICO: Arteritis de células gigantes. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cefalea migrañosa, tumor cerebral, arteritis takayasu y cefalea en racimos.

PLAN DE CUIDADOS: Se comienza tratamiento con corticoides orales a dosis de 0,5 mg/kg.

CONCLUSIONES: La arteritis de la temporal es una vasculitis que hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencia de las cefaleas, para completar el estudio de grandes arterias y descartar patología importante.

PALABRAS CLAVE: CEFALEA, VISUAL, ASTENIA, CLAUDICACIÓN.

ANÁLISIS SOBRE LA POLIFARMACIA EN LOS PACIENTES ANCIANOS

MERCEDES FUNES PÉREZ, FRANCISCO JOSE PERALES GAMEZ, ANA BELEN MARTINEZ PLAZA

INTRODUCCIÓN: La siguiente definición de polifarmacia en la práctica clínica podría ser más práctica, el uso de medicamentos que no están clínicamente indicados. La selección de los límites apropiados para el número de medicamentos puede ser contraproducente en poblaciones con múltiples comorbilidades.

OBJETIVOS: Determinar las características que presentan los pacientes ancianos en relación a la polifarmacia.

METODOLOGÍA: Una revisión sistemática de bases de datos bibliográficas electrónicas (por ejemplo, EBSCOHost, InfoTrac, OVID, FirstSearch y FirstSearch Deluxe) utilizando los términos de búsqueda "polifarmacia", "polifarmacia y ancianos", "polifarmacia e investigación" y "medicamentos múltiples" para el período enero 2000 a octubre de 2015. La búsqueda se completó con búsquedas en sitios en línea de revistas relevantes y revisión de listas de referencias de cada artículo.

RESULTADOS: Se trata sobre la polifarmacia en individuos de 60 años de edad y más para determinar la definición de polifarmacia de los proveedores de atención primaria, explorar cómo se evaluó la polifarmacia en la atención primaria y buscar intervenciones probadas que abordan la polifarmacia. Los resultados de la revisión de la literatura revelaron que la polifarmacia sigue siendo un tema importante y se ha realizado poca investigación sobre los métodos que los proveedores de atención primaria utilizan para evaluar la polifarmacia.

CONCLUSIÓN: También hay una brecha en la literatura con respecto a las intervenciones implementadas por los proveedores de atención primaria para abordar la polifarmacia.

PALABRAS CLAVE: POLIFARMACIA, ANCIANOS, REVISIÓN, MEDICAMENTOS.

EFICACIA EN EL MANTENIMIENTO DE LA MARCHA Y EQUILIBRIO EN USUARIOS DE UNA RESIDENCIA MEDIANTE LA ACTIVIDAD DE GIMNASIA MATINAL

DIEGO ORTIZ SUAREZ

INTRODUCCIÓN: La gimnasia matinal consiste en una actividad realizada por los usuarios de una residencia de manera diaria y donde realizan movimientos sobre la mayor parte de las articulaciones y activando todos los grupos musculares.

OBJETIVOS: El presente estudio tiene como objetivo valorar la efectividad de la gimnasia en el mantenimiento de la marcha y el equilibrio.

METODOLOGÍA: Tomamos una muestra de 10 residentes que de forma voluntaria acuden a formar parte del estudio, cuyos criterios de inclusión fueron tener entre 60-70 años y poseer un estado físico bueno. Excluidos los residentes con patologías degenerativas o cuyo nivel cognitivo no fuera adecuado. Dicho estudio se llevó a cabo en una residencia de mayores cuya intervención comenzó en Enero de 2017 hasta Diciembre de 2017. Como instrumento de medida se ha utilizado el test de Tinetti, habiéndoseles valorado al inicio y al final del estudio.

RESULTADOS: Este estudio aporta datos estadísticamente significativos, ya que un 60% de los residentes incluidos en este estudios mantiene los mismos valores en el test de Tinetti inicial y en el test de Tinetti final. Corroborándose que la gimnasia produce efectos beneficiosos en el mantenimiento de la marcha y equilibrio.

CONCLUSIÓN: Con este estudio hemos demostrado la eficacia de la realización de la actividad de la gimnasia matinal en el mantenimiento de la marcha y equilibrio.

PALABRAS CLAVE: GIMNASIA, MANTENIMIENTO, MARCHA, EQUILIBRIO, TINETTI.

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UN ANCIANO FRÁGIL

ALBA FERNÁNDEZ PALACIO, SOFIA ALVAREZ DIAZ, CANDIDA GARCIA FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Un anciano frágil o de riesgo es una persona mayor de los 65 años, con mayor predisposición al deterioro funcional y a enfermar. Su detección se lleva a cabo por tres métodos. Por último, los cuidados se basarán en las capacidades funcionales de cada anciano frágil y se distinguirán entre actividad física, higiene y eliminación.

OBJETIVOS: Determinar la actuación enfermera ante un anciano frágil. Identificar qué es un anciano frágil. Establecer los cuidados básicos que precisa un anciano frágil.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud, páginas web de organismos oficiales y asociaciones.

RESULTADOS: Un anciano frágil es una persona mayor que presenta una disminución en su funcionalidad y reserva fisiológica con mayor probabilidad de deterioro progresivo, pérdida funcional y de enfermar. Detección: Cribado poblacional en base a evidencia predictiva de deterioro: Cuestionario de Barber. Estrategia de selección en base a: edad, si vive solo, enviudamiento, comorbilidad, dificultad auditiva o visual, caídas, polifarmacia, ingreso hospitalario, alteración cognitivo o afectiva y deficiente soporte socioeconómico. Selección según la pérdida de funcionalidad: evaluando las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Cuidados básicos al anciano frágil. Actividad física: deterioro funcional por la inactividad. Los ejercicios físicos deben ser aeróbicos, que participen muchos grupos musculares, sistemáticos y sin riesgos. Higiene: limpieza e hidratación, secado corporal y cuidados de los pies, uñas, manos y boca. Eliminación: estreñimiento e incontinencia urinaria. Inestabilidad y caídas: debemos intentar evitar las caídas.

CONCLUSIÓN: Un anciano frágil tiene mayor probabilidad de deterioro funcional y de enfermar. La enfermera debe detectar a los ancianos frágiles y proporcionar unos cuidados adecuados a sus necesidades y posibilidades.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, GERIATRÍA, ENVEJECIMIENTO, INCONTINENCIA, ANCIANO.

INSTRUMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN TALONES

MARIA DOLORES LAZO CAPARROS, YANDIRA NAVARRO TORTOSA, LIDIA TORRES TITOS

INTRODUCCIÓN: El talón es una de las localizaciones donde con más frecuencia se desarrollan las úlceras por presión (UPP). Una de nuestras funciones como profesionales de la salud es el cuidado y seguridad del paciente, implicándonos en evitar la aparición de las UPP, y tratar la úlcera en el caso de pacientes que ya la presentan.

OBJETIVOS: Conocer que instrumentos nos pueden ayudar a la prevención y tratamiento de úlceras por presión en talones.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de 2010 a 2017 en las bases de datos Cuiden y Dialnet.

RESULTADOS: Un manual de prevención y cuidados locales (incluidas UPP) recomienda protección local ante la presión mediante los apósitos hidrocelulares. Dos Guías de Práctica Clínica recomiendan protección local frente a la presión: apósitos de espuma de poliuretano no adhesiva con forma de talón. Utilizar apósitos con capacidad para la reducción de la presión y evitar UPP en prominencias óseas (ejemplo, talones). Diversas investigaciones científicas sobre prevención de UPP señala que la redistribución de la presión es el factor más importante en la prevención de las UPP y se puede realizar usando dispositivos y superficies reductoras de presión. Recomiendan colocar almohadas debajo de los miembros inferiores elevando los talones, o protectores especiales de los talones.

CONCLUSIÓN: Las medidas mas eficaces van encaminadas a evitar presión mediante la elevación de la zona, ligeramente prefiriendo apósitos ante vendaje de algodón almohadillado.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS DE LA PIEL, ÚLCERAS POR PRESIÓN, TALÓN, PREVENCIÓN.

EL ENFERMO GERIÁTRICO EN EL ÁMBITO INTRAHOSPITALARIO

MARÍA PIEDAD HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, ALICIA REVUELTA RUIZ, CARMEN ROSA GUERRERO SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: Se define enfermo geriátrico a las personas mayores de 65 años de edad que presentan alguna enfermedad o patología. Estos son más vulnerables cuando se encuentran en un ambiente hospitalario, por eso el personal de enfermería tiene un papel fundamental en la elaboración de un plan de cuidados personalizado.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de ancianos hospitalizados.

METODOLOGÍA: Búsqueda y revisión bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Elsevier, Cuiden y Cochrane en los últimos 10 años. Los descriptores utilizados han sido: paciente geriátrico, hospital, enfermería, plan de cuidados y modelo biomédico. Para estas búsquedas se han utilizado los operadores booleanos “NOT”, “OR” y “AND”.

RESULTADOS: El número de personas de edad avanzada en ser ingresadas en el hospital se ha incrementado en los últimos años por lo que son los que más utilizan los recursos sanitarios ya que tardan más tiempo en recuperarse y se vuelven más dependientes durante su ingreso. Influyen varios factores como la gravedad de la patología que el enfermo tenga, su estado cognitivo, si se beneficia de un cuidador o no, su entorno familiar, el nivel de estrés y ansiedad que presente como su modificación del organismo. El arquetipo que se utiliza es el llamado “Modelo Biomédico” que se fundamenta en la dualidad entre mente y cuerpo.

CONCLUSIÓN: Tras una revisión bibliográfica, los estudios realizados demuestran que el modelo biomédico facilita a la hora de llevar a cabo los cuidados por parte del personal sanitario ya que plantea la magnitud y el funcionamiento psicosocial a un nuevo nivel mucho más detallado y exhaustivo del paciente geriátrico.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE GERIÁTRICO, HOSPITAL, ENFERMERÍA, PLAN DE CUIDADOS, MODELO BIOMÉDICO.

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA ROTURA DE CADERA

ANA MARIA ROSAS MARTIN, ISABEL MARIA BRAVO BRAVO, MARIA DEL MAR MARTÍN TRUJILLO

INTRODUCCIÓN: La fractura de cadera es cualquier rotura producida en los componentes que forman dicha articulación, siendo el fémur más propenso en las mujeres que en los hombres por la descalcificación que sufren las mujeres en el periodo de la menopausia.

OBJETIVOS: Prevenir las úlceras por decúbito en el tiempo de encame. Vigilar los cambios de coloración, temperatura, sensibilidad cutánea y llevar las curas lo más limpias posibles. Promover una educación y dieta adecuada es fundamental para una óptima recuperación.

METODOLOGÍA: Obtenida del Ministerio de Salud Pública, Hospital Ortopédico docente “Fructuoso Rodríguez: (2012). Los descriptores son cadera, fémur, ortopedia, dieta.

RESULTADOS: Se basa en llevar el protocolo de mantenimiento para que la prótesis colocada se mantenga lo más eficiente posible, hoy en día en el Hospital Virgen de la Victoria se están llevando a cabo un protocolo para prevenir infecciones del postoperatorio.

CONCLUSIÓN: Como TCAE debemos vigilar y actuar ante el paciente operado no debe efectuar giros bruscos con las extremidad operada, no debe cruzar la pierna, no debe sentarse en sillones altos ni muy bajos, debe dormir en decúbito supino o decúbito lateral sobre el costado no operado con una almohada entre las piernas para evitar una aducción excesiva y control del peso corporal.

PALABRAS CLAVE: CADERA, ROTURA, CUIDADOS, PREVENCIÓN.

ABORDAJE FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

JOSEFINA RODRIGUEZ GOMEZ, INÉS GÓMEZ MARTÍNEZ, MARÍA DEL PILAR VALDIVIA FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una disminución de la capacidad respiratoria de progreso lento pero irreversible que merma la calidad de vida de los pacientes. Su característica principal es la disnea y afecta generalmente a fumadores presentes o pasados, o a pacientes en contacto con gases nocivos para la salud como sílex, azufre, carbón, etc. Además se diagnostica mediante la espirometría.

OBJETIVOS: Determinar el tratamiento farmacológico que se establece con los pacientes con EPOC.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales fuentes de datos de salud como Scielo, Cuiden, Ibecs, PubMed y UpToDate y páginas web como: el portal de salud Fisterra y el buscador de Google académico; sobre esta afectación y cual es el tratamiento que requieren este tipo de pacientes. Para ello hemos tenido en cuenta los artículos publicados en los últimos veinte años. Los descriptores usados: enfermedad pulmonar, tratamiento; cronicidad.

RESULTADOS: El tratamiento dependerá de cuan importante sea la limitación respiratoria y la sintomatología, por lo que usaremos: terapia de oxígeno en gafas, mascarilla Venturi o BIPAP, bromuro de ipratropio, beclometasona, hidrocortisona, metilprednisolona, teofilina, etc. También hemos encontrado que este tipo de pacientes hace complicaciones y crisis respiratorias de forma frecuente. Por lo que se debe determinar cual es el tratamiento más adecuado para este tipo de pacientes dependiendo de cual sea el compromiso respiratorio que presentan en cada momento.

CONCLUSIÓN: Se hace necesario un equipo de profesionales que esté en continuo contacto con estos pacientes por medio de revisiones sistemáticas, para resolver dudas en cuanto a medicación y alternativas de tratamientos y sobretodo por las complicaciones que pueden desarrollar asociadas a esta patología. A veces una buena educación sanitaria evita complicaciones e ingresos repetitivos.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD, PULMONAR, TRATAMIENTO, CRONICIDAD.

MUJER CON ÚLCERA POR PRESIÓN EN EL SACRO; A PROPÓSITO DE UN CASO

NURIA REINOSO MANZANO, SEILA CASTILLO RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 83 años institucionalizada en un centro de ancianos que actualmente se encuentra encamada se queja de dolor durante los cambios de pañales realizados por los auxiliares del centro. AP: insuficiencia renal moderada, vértigo, asma, cataratas, cardiopatía hipertensiva, ICTUS que dió como resultado hemiplegía izquierda, incontinencia mixta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza exploración física y en la zona del sacro se observa una herida de 4 cm de diámetro, con bordes enrojecidos.

JUICIO CLÍNICO: Úlcera por presión. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Al principio se sospechó de posible aparición de UPP por su condición física, pero no fue hasta la exploración cuando se confirmó dicho diagnóstico.

PLAN DE CUIDADOS: En su tratamiento se realizaran curas cada 48h y se realizarán cambios posturales cada dos horas. Además se intentará mantener la piel correctamente hidratada, así mismo cómo una buena alimentación.

CONCLUSIONES: Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en la misma posición durante un largo período de tiempo. Son más comunes en las prominencias óseas. Suele ser más frecuente en aquellas personas que se encuentran inmóviles, cómo ocurre a nuestra residente, además de su estado general de bajo peso, así cómo de su incontinencia mixta.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA, PRESIÓN, MUJER, INMOVILIDAD.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICA

CARMEN GUILLÉN ANDRADES, CARMEN LAURA MARTINEZ CABEZA, ROCIO ORTIZ PAVÓN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 72 años que acude a urgencias por deterioro del estado general desde hace 5 días, pérdida de apetito y de peso muy notable, decaimiento, dificultad para hablar. ITU hace mes y medio que se trató con antibioterapia y no ha vuelto a tener hematuria. Antecedentes personales: hipertensión, diabetes y dislipemia. Lumbociática, artritis reumatoide, osteoporosis-fractura vertebral. Antecedentes quirúrgicos: histerectomía mas doble anexectomía(hace 25 años), cataratas y colpocele, pólipos malignos de colon reseccionados.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada y colaboradora. TA: 120/80. Afebril. Abdomen blando y depresible, dolor a la palpación profunda de epigastrio e hipocondrio derecho, no masas ni acromegalias. No ascitis. No edemas en miembros inferiores ni signos de TVP. En pliegues interglúteo y labios mayores, piel eritematosa , con mucho dolor, úlcera por presión grado 1. Analítica: hemograma 3 series normales/ bioquímica normal excepto glucemia 372 mg/dl/ coagulación INR normal/ leucocituria 500cc, sangre 150.

JUICIO CLÍNICO: ITU en paciente pluripatológica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, pruebas complementarias y evolución de la paciente se contempla recidiva de infección del tracto urinario en paciente pluripatológica.

CONCLUSIONES: Conforme avanzamos en edad, los músculos y el tono de los esfínteres se debilitan. Estos cambios provocan un aumento en la frecuencia de las micciones dificultando el poder retrasarlas, como consecuencia se predispone a la incontinencia urinaria e infecciones, a nivel vesical; aparte el riñón sufre una pérdida de su capacidad funcional, por disminución de nefronas, del flujo sanguíneo renal, la función tubular condicionando todo ello al sistema nefrourológico. El tratamiento y recomendaciones se basará en hidratación adecuada, antibioterapia 10 días, analgésicos si dolor y/o malestar e informar a la paciente de los síntomas por los que volver a consultar.

PALABRAS CLAVE: MUJERES, HEMATURIA, ANTIBIÓTICOS, INFECCIÓN DEL SISTEMA GENITAL.

SOSPECHA DE NEOPLASIA DE VEJIGA EN ANCIANA JOVEN

CARMEN GUILLÉN ANDRADES, ROCIO ORTIZ PAVÓN, CARMEN LAURA MARTINEZ CABEZA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 72 años, se realiza un ingreso programado en hospital desde atención primaria tras acudir a urgencias en 7 ocasiones durante un mes y medio por hematuria, febrícula y dolor en hipogastrio con diagnósticos de ITUS de repetición realizando varios ciclos de antibioterapia y lavados continuos vesicales. Además refiere pérdida de peso importante no cuantificada en los últimos 3 meses, disminución por inapetencia de la ingesta y decaimiento. Deterioro progresivo general. Paciente pluripatológica(diabetes, hipertensión, dislipemia, artritis reumatoide, entre otras).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Mal estado general con bajo nivel de conciencia, reaccionando a estímulos verbales intensos, refiere dolor abdominal y presenta hematuria. TA: 130/80, FC 114 lpm. Ligera taquipnea con SatO2 98% sin oxigenoterapia. Glucemia 465. Afebril. Analítica: glucosa 383, urea 81, Na 122, perfil hepático normal. PCR 205,9. Hemograma: leucocitos 10380, Neutrófilos 84%, plaquetas normales. En la eco abdominal se objetiva engrosamiento de vejiga, pendiente urografía por TAC y citoscopia.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome constitucional a estudio con sospecha de neoplasia de vejiga.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Con los datos obtenidos hasta el momento, la sospecha de neoplasia vesical está presente , pero aún están pendientes: uro TAC y cuando ceda la hematuria citoscopia con biopsia.

CONCLUSIONES: El cáncer de vejiga es una de las entidades más estudiadas en urología, constituyendo el segundo tumor maligno del tracto genitourinario tras el adenocarcinoma de próstata en el hombre.. Aunque la principal etiología es el tabaquismo, hay numerosas causas que lo provocan como ciertas sustancias químicas (entre ellos fármacos como pioglitazonas(antidiabéticos)), y factores no modificables como la raza blanca, la edad mayor de 55 años y antecedentes personales, familiares y genéticos.

PALABRAS CLAVE: NEOPLASIAS UROLÓGICAS, VEJIGA, ECOGRAFÍA, PERDIDA DE PESO.

EL PACIENTE CON ALZHEIMER: ABORDAJE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

VANESSA ALCAIDE PAREJA, MARIA JESUS PAREJO HERRERA, ROSARIO PAREJO GAVIRA

INTRODUCCIÓN: Debido al aumento de la esperanza de vida y como consecuencia el envejecimiento de la población, cada vez existen más casos de personas que padecen algún tipo de demencia y en concreto, el Alzheimer.

OBJETIVOS: Determinar pautas para realizar una guía práctica para el cuidado de enfermos con Alzheimer.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la literatura realizada en las bases de datos Enfispo, Cuiden, Cuidatge y Pubmed.

RESULTADOS: La principales pautas que se pueden dar para el cuidado de un enfermo de Alzheimer, se basan en contrarrestar los principales problemas que dicha enfermedad provoca en la evacuación de heces y orina (que la ropa sea fácil de quitar y alimentación que ayude a la eliminación), en la alimentación (mantener las rutinas, sin obligarle a comer, favoreciendo un ambiente tranquilo y comfortable), en la higiene personal (lograr que se encuentre mejor consigo mismo y convertir el baño en algo placentero), en la autonomía (hacerles participes de todo lo que se realiza en casa y dejar que hagan todo lo que puedan por su cuenta), en el entorno (debe ser seguro y facilitador de su autonomía, cerrar las habitaciones peligrosas, poner dibujos o palabras para señalar en que habitación están), en el comportamiento (puede aparecer agresividad pero nunca regañarles evitando situaciones que desencadenen problemas), en la comunicación (hablarle con respeto y paciencia manteniendo los mensajes positivos, fomentando una memoria emocional positiva).

CONCLUSIÓN: La utilización de una guía práctica de pautas a seguir por los cuidadores de enfermos de Alzheimer, mejora la calidad de vida de dichos pacientes, disminuyendo las posibles complicaciones que dichos pacientes suelen tener. Dicha guía debe ser conocida por los TCAE tanto para su aplicación en los pacientes directamente o como orientadores de los cuidadores permanentes no profesionales.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, MEMORIA, DEMENCIA, TCAE, PROTOCOLOS.

CUIDADOS Y ATENCIÓN AL ENFERMO CON ALZHEIMER

MARIA ISABEL GARCIA GIL, JOSÉ MIGUEL SÁNCHEZ PÉREZ, PATRICIA MIRAS GONZALEZ,
DOLORES DUARTE PADILLA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de alzheimer es degenerativa que produce demencia crónica y progresiva e irreversible su causa es desconocida y tiene una evolución lenta e insidiosa (durante años); altera las funciones sociales y laborales del enfermo/a, apareciendo una involución cognitiva y un aumento de la dependencia.

OBJETIVOS: Identificar los cuidados y atención al enfermo de Alzheimer.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Establecer una rutina y orden buscando su interés y no reñirle. Usar un tono de voz agradable y mirarlo/a directamente siendo concisos/as y concretos para evitar confusiones- No presionar cuando no 'encuentre' algunas palabras para expresar lo que quiere. Estimular conversaciones sobre el pasado más cercano ya que esto abre canales afectivos. Escucha música le ayudará sus deseos y emociones. Ayudar en su aseo y alimentación. La fisioterapia es muy importante en el tratamiento de estos enfermo/as. Mantener la movilidad y el tono muscular. Reeducción postural. Reeducción de la marcha. Tratar el trastorno deglución. Ejercicios de psicomotricidad, coordinación y equilibrio. Relajación. La alteración de casi todas las funciones vitales, lo cual produce un aumento de dependencia del enfermo/a, hace que tanto él/ella como el cuidador/a principal tengan un estado anímico alterable, depresivo.

CONCLUSIÓN: Los cuidadores y personas que convivan con enfermos/as de alzheimer debe contribuir a mantener la tranquilidad, integración, movilidad e independencia de ellos/as.

PALABRAS CLAVE: DEGENERATIVA, IRREVERSIBLE, PROGRESIVA, DEPENDENCIA, CRÓNICA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

FRANCISCO JAVIER GOMEZ RODRIGUEZ, MARIA ISABEL LUPION RUBIO, JOSE MARIA BELMONTE HERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Las fracturas de cadera se define como la perdida de la continuidad osea del fémur a nivel de la articulación mas proximal. El mejor tratamiento es el quirúrgico, habiendo varias posibilidades dependiendo del tipo de fractura y de paciente. Las fracturas de cadera sufridas por personas de avanzada edad son una de las causas de ingresos hospitalarios mas frecuentes, que no solo acarrea el problema de la fractura, si no que repercute en mas áreas, siendo incluso un factor importante en la mortalidad de estos pacientes, pero también influyendo a nivel neurológico, respiratorio e incluso social.

OBJETIVOS: Analizar el plan de cuidados de enfermería en ancianos con fractura de cadera.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Ante una fractura en una persona de avanzada edad será necesario realizar un examen exhaustivo y reconocer factores de riesgo que lleven a otros problemas no deseados al paciente, asi mismo, sera de vital importancia hacer un buen plan de cuidados en el que recojamos tratamientos de enfermería encaminados a la prevención de dichos problemas. Son muchas las complicaciones que pueden aparecer, por tanto sera imprescindible conocerlos y contar con una buena formación en prevención y dar una buena educación a familiares y pacientes para los posteriores cuidados en el domicilio al alta.

CONCLUSIÓN: Se hace necesaria ante el aumento de esta patología unos protocolos estandarizados y revisados que garanticen una atención de calidad que sea capaz de englobar al paciente en todas sus funciones(no solo la motora por la fractura) favoreciendo el autocuidado en la medida de lo posible y que incluya a sus cuidadores mas cercanos.

PALABRAS CLAVE: FRACTURAS DE CADERA, ANCIANO, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, CAÍDAS.

PACIENTE ANCIANA CON PROBLEMA DE ESTREÑIMIENTO

ANA EMILIA ROMERO BORNES, MARIA DEL CARMEN MUÑOZ FERNÁNDEZ, LORENA RUIZ NIETO

INTRODUCCIÓN: El estreñimiento constituye un grave problema de salud ya que afecta a millones de personas en el mundo, más frecuentemente en el paciente anciano. Puede ser causado por muchos factores y llegar a comportar complicaciones médicas graves.

OBJETIVOS: Identificar el estreñimiento como un problema de salud. Dar a conocer el impacto del estreñimiento en la comunidad anciana.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura en las siguientes bases de datos Pubmed, Scielo y Dialnet, mediante los descriptores “estreñimiento”, “anciano”, “salud” y “causas estreñimiento”. De todas las citas encontradas fueron seleccionadas 5 referencias para el posterior análisis.

RESULTADOS: El estreñimiento consiste en la retención de heces de manera anormal en el intestino. Esto puede darse por un enlentecimiento del tránsito, con lo cual no existe la necesidad de defecar durante varios días o el bloqueo a nivel anal, la persona siente deseos pero no puede porque existe una obstrucción rectal. El estreñimiento en el anciano, en la gran mayoría de los casos, se debe a causas multifactoriales tales como; sedentarismo, inmovilidad, consumo de fármacos, ingesta baja en fibra o líquidos, demencia, enfermedades mentales o cualquier alteración fisiológica.

CONCLUSIÓN: La calidad de vida y el bienestar de la persona que sufre de estreñimiento se ven alterados. Su carácter crónico y recurrente y el malestar que causado por los síntomas repercuten sobre su salud. Por ello, su diagnóstico, manejo y correcto tratamiento forman parte de las prácticas habituales de los profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE: ESTREÑIMIENTO, ANCIANO, SALUD, CAUSAS ESTREÑIMIENTO.

DISFAGIA: CLASIFICACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA SU ABORDAJE

SANDRA PARDO BENAVIDES, ALBA ROLDAN FERNANDEZ, NAZARET SÁNCHEZ MARTÍN

INTRODUCCIÓN: La disfagia se define como sensación o dificultad para la deglución. Se caracteriza por la imposibilidad al paso a través de la faringe y/o esófago hacia el estómago de líquidos, sólidos o ambos.

OBJETIVOS: Definir las recomendaciones para el abordaje de la disfagia.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en :Pubmed,Dialnet, Cochrane Plus, Scielo. Se revisaron un total de 10 artículos de los cuales se han seleccionado 5 de ellos sobre el tema a tratar, cuyos criterios de inclusión fueron comprendidos entre los años 2001-2010.

RESULTADOS: La disfagia afecta al 60-80% de los pacientes con enfermedad neurodegenerativa, al 60-75% de los sometidos a radio-quimioterapia por cáncer de cabeza y/o cuello, entre el 40-70% en caso de accidente cerebrovascular y al 13% de los mayores de 65 años. Clínicamente se clasifica en: Disfagia orofaríngea (DO): dificultad localizada antes del esófago. Disfagia esofágica (DE): trastorno a nivel del recorrido esofágico. Disfagia funcional: englobada en los Trastornos Funcionales Digestivos. El tratamiento de la DO que incluye cirugía, endoscopia terapéutica y rehabilitación, persigue mejorar el tránsito, resolver la causa desencadenante y evitar la broncoaspiración. La DE requiere técnicas invasivas. En ciertos casos están indicados los inhibidores de la bomba de protones a altas dosis, relajantes musculares y para evitar impactación y broncoaspiración, medidas higiénico-dietéticas: Texturizar los alimentos: espesantes(DO) y evitar alimentos sólidos/compactos(DE). Reducir el volumen y aumentar la frecuencia. Prevenir la broncoaspiración: sedestación o semisedestación tras la ingesta y técnicas de deglución.

CONCLUSIÓN: La evaluación de la disfagia, implica una historia clínica detallada. Ello permitirá determinar el origen de la sintomatología, en qué momento ocurre, si existe obstrucción y/o imposibilidad al paso del alimento, qué alimento, si es progresiva, estable, continua o intermitente, duración y tiempo de evolución, la presencia de síntomas concomitantes y definir la localización, cervical o debajo de la región esternal.

PALABRAS CLAVE: DISFAGIA, DEGLUTIR, DIETA, ESPESANTES.

VARÓN DE 65 AÑOS QUE PRESENTA FIEBRE ALTA

MARIA TAMARA VILAR LÓPEZ, MARIA JOSÉ ASENCIO GARCIA, NOELIA LÓPEZ LARA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 65 años que acude al servicio de urgencias por presentar fiebre mayor de 39 grados centígrados de inicio brusco y 3 días de evolución. Refiere dolores musculares generalizados, cansancio, escalofríos, dificultad para respirar y pérdida de apetito.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No alergias medicamentosas. Fumador de unos 10 cigarros al día. Obesidad tipo II. Constantes vitales: Temperatura de 39,6 grados centígrados, TA 140/85 mm/hg, FC 92 lpm. Exploración neurológica normal, abdomen blando y depresible, ganglios linfáticos cervicales sensibles y enrojecimiento de la piel. Presenta sibilancias durante auscultación torácica. Analítica de sangre que muestra leucopenia con linfocitosis y RX tórax donde se evidencia condensación en base pulmón izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Gripe A. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Resfriado común. Faringitis estreptocócica.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente queda ingresado, indicándose reposo, control y registro de constantes y temperatura, administración de líquidos y antitérmicos para disminuir la temperatura corporal si esta es mayor de 38 grados centígrados, y se instaura tto antibiótico iv por inicio de neumonía como posible complicación de la gripe.

CONCLUSIONES: Una de las complicaciones de la gripe que ocurre con mayor frecuencia y causa la mayoría de ingresos hospitalarios es la neumonía. Ésta se da en pacientes mayores de 64 años y niños, así como aquellos con enfermedades crónicas, inmunodeprimidos y fumadores, por ello para la prevención es muy importante la vacunación de todos los grupos de riesgo.

PALABRAS CLAVE: FIEBRE, SIBILANCIAS, GRIPE, DOLOR MUSCULAR.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME CONFUSIONAL EN URGENCIAS

PATRICIA DE LA CRUZ GUIADO, ANGELA SAN JUAN ROBLEDILLO, ELENA MORENO MONTERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 80 años traído por familiares al servicio de Urgencias puesto que lleva tres semanas con cambios de comportamiento sobre todo nocturnos su médico de cabecera le ha puesto tratamiento sin éxito, continua con ideas delirantes, no consigue descansar en las noches. El paciente no ha tenido fiebre ni cambios en la micción. Antecedentes personales: Hipertensión, diabetes, Miocardiopatía hipertensiva y Epec con oxígeno domiciliario.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la Exploración física en paciente se encuentra con buen estado en general, consciente y orientado en espacio aunque no en tiempo. No presenta focalidad neurológica. Se realiza ECG, analítica, Rx tórax y Abdomen y Tac craneal en búsqueda de la causa subyacente. De los cuales el ECG presenta alteraciones descritas en ECG anteriores, Rx y Tac sin alteraciones que reseñar, en la analítica se observan parámetros infecciosos no elevados reseñamos sodio bajo 113 mEq/L (135-145 mEq/L).

JUICIO CLÍNICO: Hiponatremia Severa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome Confusional, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Síndrome depresivo.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente será ingresado para control y ajuste del tratamiento puesto que los tratamientos concomitantes de diuréticos pueden producir hiponatremia. Es importante no corregir el Sodio de forma brusca por las complicaciones que pueden producir, se suele estabilizar de forma menos agresiva iniciando tolerancia y con control analítico estricto hasta su normalización.

CONCLUSIONES: El deterioro cognitivo es debido a la interacción de la medicación prescrita para el síndrome confusional y el tratamiento diurético. Su detección y tratamiento precoz son importantes para evitar complicaciones neurológicas.

PALABRAS CLAVE: ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO, DELIRIO, CONTROL DE MEDICACIÓN, CONTROL ANALÍTICO.

ISQUEMIA CRÓNICA GRADO IV EN EXTREMIDAD INFERIOR CON GANGRENA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

MARIA ANGELES HIERRO LAPEYRE, MARIA LUISA GUEMBE SUESCUN, ENRIQUE VAZQUEZ DAZA, SANDRA ORTEGA FERNANDEZ, ANNA FORNELLS OLIVET, ALICIA ALVAREZ LAZARO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 96 años con antecedentes de ACXFA y HTA, totalmente dependiente para la ABVD, que no deambula y no colabora para las transferencias. Consulta con equipo de atención domiciliaria por presentar ulcera estadio en 2º dedo pie de varios días de evolución que han ido curando el cuidador. A la exploración se aprecian signos de infección por lo que se decide cobertura con Amoxi/clavulanico 875 y cura tópica. A los 3 días, se revalora apreciando empeoramiento con aumento del edema y linfangitis hasta tobillo), aumento del dolor, presencia de lesión necrótica, por lo que se decide traslado a nivel hospitalario para valoración con vascular. Al interrogatorio al cuidador, se detecta seguimiento incorrecto en la pauta de administración del antibiótico. Se había triturado comprimido, se había mezclado con iodo y se había aplicado directamente sobre la lesión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En nivel hospitalario se determinan constantes vitales siendo normales. Se aprecia: pulsos femorales presentes sin poplíteos ni distales. Necrosis húmeda borde medial se segundo dedo con escara necrótica en superficie. No salida de material purulento. Eritema y linfangitis ascendente hasta tobillo. Replección capilar enlentecida. No lesiones atróficas. Se recoge muestra para cultivo del exudado.

JUICIO CLÍNICO: EF compatible con obliteración femoropoplitea bilateral e isquemia grado IV sobreinfectada en pie. Paciente no revascularizable por estado funcional. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: Isquemia crónica, gangrena.

PLAN DE CUIDADOS: Teniendo en cuenta las características del paciente se opta por tratamiento con antibiótico (previo antibiograma), curas y control del dolor. Se plantea como opción terapéutica si empeora la amputación y manejo del paciente por PADES.

CONCLUSIONES: Con nuevo tto antibiótico desaparece edema y dolor aunque aumenta capa necrótica. En la praxis habitual, no se cursa antibiograma y tratamos con atb de primera elección. En este caso un error. Además, no disponemos de herramientas comunicativas para confirmar la compresión por parte del paciente de nuestros tratamientos.

PALABRAS CLAVE: ISQUEMIA, GANGRENA, ANTIBIOGRAMA, COMUNICACIÓN.

LA SALUD BUCODENTAL Y SU EFECTO EN LA CALIDAD DE VIDA GERIÁTRICA

DESIRÉE GALINDO AMEZCUA, ANA MARIA MARTINEZ CARREÑO, MARIA DEL MAR PAGEO CAIRO

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades degenerativas y las patologías bucales, como la caries y las periodontitis, son frecuentes en el ámbito geriátrico. Estas repercuten en el bienestar físico, psicológico y social de los pacientes geriátricos.

OBJETIVOS: Determinar las medidas que fomentan una adecuada salud bucal y calidad de vida en adultos mayores atendidos en geriátricos.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de la Biblioteca Virtual de la Salud, en sus diferentes bases de datos (Lilacs, Ibecs, Medline) de los últimos años con acceso gratuitos a sus textos completos. Se utilizaron como DECS: “Salud bucodental ” AND “geriátricos” AND “calidad de vida”.

RESULTADOS: En relación a los problemas de salud bucales en los ancianos, se observa que la totalidad de ellos presentó problemas con la masticación por la falta total o parcial de piezas dentarias. También se ratificó los problemas periodontales en la mitad de los pacientes.

CONCLUSIÓN: El estado dental afecta en la vida de los mayores y, sobre todo, en la realización de las actividades cotidianas. Para mejorar el envejecimiento bucodental se debe mantener una correcta higiene bucal y visitas al dentista.

PALABRAS CLAVE: SALUD DENTAL, CALIDAD DE VIDA, CARIES DENTAL, GERIÁTRICO.

MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO EN EL PACIENTE ANCIANO

ESTELA MORALES VÁZQUEZ, SERGIO HIJANO VÁZQUEZ, JOSEFA SAURA NIETO, MIRIAM NICOLÁS DEL PUEBLO, JULIA ALBALADEJO PERONA, LAURA ABELLÁN MOMPEÁN

INTRODUCCIÓN: El dolor crónico es un problema universal, predominante en el anciano, ya que está asociado a enfermedades crónicas. Afecta no solamente a funciones físicas, sino también psicológicas, pudiendo generar ansiedad y depresión. Repercute sobre sus actividades diarias y lo que es muy importante en este sector de población, en su autonomía. La escalera analgésica de la OMS incluye; AINEs, opiáceos menores y opiáceos mayores. También destaca la medicación coadyuvante (anticonvulsivantes, antidepresivos, etc) y apoyo psicológico. Además del tratamiento farmacológico tenemos que introducir otras medidas como calor local, frío, masajes y otras técnicas impartidas por otros profesionales como musicoterapia, hipnosis, relajación,...

OBJETIVOS: Conocer el dolor crónico en el anciano y los aspectos y medicación a tener en cuenta para su tratamiento.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en bases de datos como Medline o el buscador Google académico.

RESULTADOS: Entre un 50% y un 80% de la población mayor de 65 años padece dolor. En muchas ocasiones, el paciente no recibe el tratamiento adecuado, debido a diferentes causas, entre ellas estarían las dificultades para valorar el dolor, miedo a efectos secundarios del tratamiento o bien la existencia de prejuicios a opioides y tratamientos alternativos. Todo esto, unido a la automedicación, con el riesgo que conllevan las posibles interacciones farmacológicas, las diferencias farmacocinéticas asociadas a la edad y las diferentes patologías de cada anciano, convierten el control del dolor en un trabajo complejo.

CONCLUSIÓN: El objetivo del manejo del dolor crónico geriátrico es el de aliviar el dolor, para lograr la optimización de las actividades básicas de la vida diaria. En este tipo de paciente es importante la individualización terapéutica, y deben tenerse en cuenta diversos aspectos para optimizar el uso del tratamiento analgésico, como elegir fármacos de eficacia/toxicidad conocida, que produzcan menos interacciones farmacológicas, de pauta simple y fácil administración, con dosis progresivas y reevaluaciones periódicas del anciano

PALABRAS CLAVE: DOLOR CRÓNICO, ANCIANO, FARMACOCINÉTICA, TRATAMIENTO, CALIDAD DE VIDA.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTE POLIMEDICADO

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

INTRODUCCIÓN: Un paciente polimedicado es aquella persona con una o varias enfermedades crónicas, que toma más de seis medicamentos, diariamente y de forma continuada, durante un período igual o superior a seis meses. Los pacientes ancianos constituyen el sector de la población que consumen mayor cantidad y variedad de medicamentos, siendo frecuentes los errores en la administración y el incumplimiento terapéutico, así como las interacciones farmacológicas. Todo esto aumenta la morbimortalidad en la población anciana.

OBJETIVOS: Identificar las causas del incumplimiento terapéutico. Determinar medidas para enumerar los fármacos más utilizados y conocer las consecuencias de la polimedicación, identificando las reacciones adversas e interacciones farmacológicas más frecuentes.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en distintas bases de datos (Cuiden Plus, Scielo y Mediline, MEDES, PUBMED), usando como descriptores: adherencia, tratamiento, anciano, polimedicación, interacciones.

RESULTADOS: El incumplimiento terapéutico está favorecido por la pérdida de memoria, la soledad, la disminución de la capacidad intelectual y los déficits sensoriales, las complicaciones de la posología, el copago farmacéutico, la falta de información y el desconocimiento de interacción entre fármacos. Los medicamentos más usados son analgésicos, antiinflamatorios, antiácidos y antibióticos usadas para sintomatologías leves. La calidad asistencial por parte de enfermería en polimedicación geriátrica, un seguimiento individualizado del usuario y el cumplimiento estricto de las pautas médicas, reducen notablemente la morbimortalidad en ancianos.

CONCLUSIÓN: Es necesario el diseño de intervenciones específicas por parte de los profesionales sanitarios para un seguimiento activo y continuo de estos pacientes con el fin de disminuir reacciones adversas e interacciones, produciéndose una mejor adherencia al tratamiento, reduciendo la morbimortalidad y mejorando la calidad de vida. Se demuestra la importancia de realizar una correcta educación sanitaria para dar a conocer un uso responsable tanto de la medicación crónica como de la automedicación.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, POLIMEDICADO, INTERACCIONES, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

RESILIENCIA EN EL ANCIANO. PAPEL DE ENFERMERÍA

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

INTRODUCCIÓN: La palabra resiliencia proviene del latín “resilio” y significa rebote o volver atrás. En psicología se refiere a la capacidad de afrontar las adversidades “que nos reboten los problemas” y adaptarse con éxito de las distintas situaciones adversas. Esta capacidad de adaptación o nivel de resiliencia es un proceso dinámico puede ser innato, o puede aprenderse, perfeccionarse, o al menos mejorarse. No todas las personas aceptan la vejez con la misma entereza y positividad. En este caso se refiere a la capacidad de los individuos de superar las barreras a las que el propio envejecimiento les somete.

OBJETIVOS: Identificar las distintas escalas para la evaluación de la resiliencia en personas mayores. Promover la resiliencia en los individuos por parte de Enfermería para facilitar la adaptación del anciano, y ayudarle a afrontar situaciones que le causen angustia o estrés para que avance con mayor facilidad en el proceso de recuperación para favorecer su independencia y mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática en las principales bases de datos científicos como Scielo y PubMed, Cuiden, Medline, Cochrane plus. Los descriptores utilizados han sido: resiliencia, calidad de vida, Enfermería, vejez, ancianos.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos confirman la importancia del dominio de la resiliencia por parte de la enfermería y del uso de diferentes escalas para tener una visión holística del estado de salud de la persona evaluando la resiliencia y facilitando así las herramientas necesarias para su adaptación a la situación y su autocuidado.

CONCLUSIÓN: La capacidad de resiliencia por parte de los ancianos ante las adversidades propias del envejecimiento supone que aumente su autoestima, mejore su calidad de vida y por lo tanto afronten de forma más positiva su vejez. Por tanto, es esencial promover esta actividad desde la enfermería.

PALABRAS CLAVE: RESILIENCIA, VEJEZ, CALIDAD DE VIDA, ENFERMERÍA.

SÍNDROME FEBRIL EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA

SANDRA GUERRERO GÓMEZ, ALBERTO GUERRERO MERCEDES, FRANCISCO JAVIER GUTIÉRREZ BARRERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 95 años, ceguera casi plena, con institucionalización en Centro Residencial desde hace unos 5 años: vida dependiente por poliartritis y déficit sensorial, dudoso angor y tratado con AAS. Inicia cuadro febril de presumible focalidad respiratoria hace dos semanas, siendo tratado de forma empírica en centro residencial con antibiótico, mejoría clínica con recrudescencia febril a las 48 horas de finalizado antibiótico. Nueva tanda antibiótica, con igual resultado. Finalmente, fiebre elevada con escalofríos, intenso deterioro del estado general, coluria/ acolia e ictericia de piel y mucosas junto a anorexia intensa. Ingresa procedente de SCCU por síndrome febril elevado e hipotensión que remonta con volumen. En SCCU se constata sepsis grave.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Temperatura 40.1°C, TA 60/40mmHg. Ictericia de piel y mucosas. Electrocardiograma. Analíticas. Radiografía de tórax. Hemocultivos positivos para pseudomona aeruginosa multisensible. Urocultivo negativo+. Ecografía abdominal. RFA muy elevados con datos de sepsis grave PCT 14 ng/ml. BRB elevada (> 6 mg/dl).

JUICIO CLÍNICO: Sepsis grave. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Pancreatitis grave, neoplasias, endocrinopatías, otras enfermedades sistémicas.

PLAN DE CUIDADOS: Se inicia antibioterapia empírica con piperacilina/ tazobactam. Posteriormente antibioterapia de amplio espectro y reposición de volúmenes.

CONCLUSIONES: La presentación de fiebre en el anciano es un signo de gravedad que puede tener una expresión clínica atípica. Se debe tener en cuenta que un síntoma considerado como banal puede ser única manifestación de una grave patología, siendo preciso un amplio estudio diagnóstico siempre que la evolución, sospecha clínica y la situación funcional del paciente lo aconsejen.

PALABRAS CLAVE: FIEBRE, SEPSIS, ANCIANO, ESCALOFRÍOS.

PREVENCIÓN-TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS CRÓNICAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VERONICA ARIAS MORENO, MARIA ADELA PEREZ SERRANO, ANGELA GONZALEZ JUSTO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 80 años acude a consulta derivado en atención primaria acompañado por su hija, desde hace varios meses presenta edemas y lesión en la piernas con mucho dolor y calambres. Antecedentes personales. Hipotensión, diabetes, leve demencia senil, prótesis de rodilla, intervenida de fractura de cadera hace 8 meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se observan úlceras en las piernas que no están cicatrizando bien y se acompañan de edemas, gran inflamación en las extremidades inferiores, debido a su mala circulación en la paciente y su poco ejercicio físico que realiza.

JUICIO CLÍNICO: Úlceras crónicas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico se realiza basándose en el aspecto y la localización de la úlcera en las piernas, se diagnostican úlceras crónicas.

PLAN DE CUIDADOS: Es muy probable que se necesiten varios meses de tratamiento y que puedan aparecer nuevas y producir otras complicaciones, es muy importante vigilar la evolución de las heridas por el técnico en cuidados de enfermería. En principio no necesitan cuidados quirúrgicos, observar la evolución de las heridas. Prevenir situaciones que incrementen mas su dependencia, haciendo que mejore así su calidad de vida y su integración social.

CONCLUSIONES: Se inicia un plan de cuidados y así evitar la aparición de nuevas úlceras, mejorando el estado de las existentes, se realizaran cambios posturales, controlar de presión de las zonas, buena higiene, hidratación de la piel consejos dietéticos estos cuidados son especialmente realizados y revisados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA, HERIDAS, EDEMAS, PREVENIR.

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

MARIA DE LOS ANGELES LEON CANALEJO, MARÍA DOLORES SALAMANCA BAUTISTA, IRENE VILLA DOMÍNGUEZ

INTRODUCCIÓN: El síndrome confusional agudo (delirium), es un síndrome de cauda orgánica. Se caracteriza por una alteración del nivel de consciencia y la atención, así como diversas funciones cognitivas como la memoria, la orientación, el pensamiento, lenguaje o percepción. Es de comienzo agudo y curso fluctuante, pudiendo durar varios días. Es uno de los trastornos mentales orgánicos más frecuentes, y su incidencia aumenta con la edad, siendo llamativa su presencia en pacientes institucionalizados.

OBJETIVOS: Diagnóstico precoz y tratamiento del SCA, para ello contamos con medidas farmacológicas y no farmacológicas.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en manuales y guías clínicas.

RESULTADOS: El SCA debe considerarse una urgencia médica, por lo que un diagnóstico precoz, etiología y factores de riesgo, permiten prevenir sus consecuencias y complicaciones. Para diagnosticar el SCA contamos con una herramienta llamada Confusion Assessment Method. Hacer un diagnóstico diferencial: se establece principalmente con la demencia, enfermedades psiquiátricas como la depresión, la ansiedad, trastornos conversivo y cuadro psicótico. El tratamiento debe ser rápido y etiológico, además de la sintomatología en sí.

CONCLUSIÓN: Es esencial que los profesionales implicados, sepan reconocer los signos y síntomas, para poder aplicar medidas preventivas. El SCA puede pasar de forma desapercibida y este hecho tiene consecuencias negativas, tanto para la evolución de la patología, como para su posterior recuperación. El desarrollo de un SCA tiene importancia desde el punto de vista económico y social, que los enfermos requieren más cuidados por parte del personal de enfermería, debido al riesgo de caídas y mayor riesgo de complicaciones, lo que puede provocar la prolongación de su estancia hospitalaria, o incluso la muerte.

PALABRAS CLAVE: GERIATRÍA, DELIRIUM, URGENCIAS GERIÁTRICAS, FRAGILIDAD.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ANSIEDAD

MARIA VICTORIA MARTINEZ ALCANTARA, MARIA PIEDAD GARCIA RUIZ, CELIA MARIA CORDOBA MORALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 91 años que acude a consulta de enfermería por cefaleas frecuentes y sensación de disnea. Paciente institucionalizado, hace una semana falleció su mujer.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No alergias conocidas. HTA, DM tipo II, Hipercolesterolemia. Insuficiencia renal crónica, estreñimiento controlado con toma de laxantes. No hábitos tóxicos, vacunaciones: antipneumocócica y antigripal. Independiente para AVD. El paciente presenta dolor constante en zona cervical que le dificulta llevar a cabo ciertas actividades que él realiza habitualmente como ir a gimnasia, a taller de memoria por lo que no descansa con normalidad, desde unos días antes del fallecimiento de su mujer. TA: 130/80 mmhg FC 91 lpm, Sat 93%, Tª 36,8°C, DTT 132 mg/dl. Se le realiza ECG siendo éste un ritmo sinusal.

JUICIO CLÍNICO: Ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dolor agudo, insomnio y ansiedad.

CONCLUSIONES: La ansiedad en las personas ancianas es una patología que no se le da la importancia que requiere, ya que dicha importancia se le atribuye a otras como pueden ser las demencias, siendo la ansiedad un factor de riesgo considerable en la funcionalidad del sujeto, lo cual supone un importante impacto y deterioro en la calidad de vida de los mismos asociándose con una mayor mortalidad. Es por esta razón principalmente por la que los profesionales de Enfermería requieren de una formación correcta y adecuada para una detección precoz y un manejo eficaz para la prevención y disminución en la aparición de las consecuencias asociadas a la misma.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, ANCIANOS, CONSULTA DE ENFERMERÍA, ACTIVIDAD FÍSICA.

IDENTIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN EL PACIENTE TERMINAL

GEMMA CAMACHO MOLINA, CARMELO LOPEZ CASTAÑO, CARMEN AGUILERA AGUILERA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad terminal puede presentarse a cualquier edad, pero normalmente es en geriatría donde aparecen situaciones irreversibles que conducen a la muerte. Las principales causas en la enfermedad terminal son cáncer terminal, demencia muy avanzada, enfermedad neurológica degenerativa muy avanzada o enfermedad cardiopulmonar muy evolucionada. La enfermedad terminal no responde ya a tratamientos curativos y los síntomas son intensos y multifactoriales.

OBJETIVOS: Identificar cual es la sintomatología más frecuente y característica en el paciente terminal.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Cuiden, Scielo, y Cochrane. La búsqueda fue realizada entre los años 2013 y 2018. Se seleccionaron un total de 20 artículos de base científica, tanto en inglés como en español, de los cuales finalmente nos quedamos con 4 en español.

RESULTADOS: Entre los síntomas más frecuentes en el paciente terminal podemos destacar: Dolor anorexia. Sequedad de boca y lesiones bucales. Insomnio. Náuseas y vómitos. Caquexia y pérdida de peso por la disminución en el apetito o dificultad en la deglución y problemas digestivos. Ansiedad, depresión y temor. Úlceras por presión, a pesar de los cambios posturales. Disnea. Confusión mental o situaciones de disminución de memoria, así como alteraciones en el sueño y estreñimiento, por la inactividad, deshidratación o déficit nutricional.

CONCLUSIÓN: Creemos que es importante la valoración de los síntomas en el análisis de la situación del paciente terminal y dado que la prevalencia de enfermedades es mayor entre los ancianos, este análisis debe incluir valoración clínica, funcional, mental y social. Pensamos que la manera de afrontar la muerte va a depender de los cuidados integrales que el paciente reciba.

PALABRAS CLAVE: TERMINAL, SÍNTOMAS, PACIENTE, PALIATIVO.

PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES EN LA TERCERA EDAD

ANA LOPEZ TESÓN, CARMEN MARIA LEON LOPEZ, ISABEL ORTIZ GALLARDO

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades mas frecuentes en este colectivo son consecuencia de un proceso biológico degenerativo que acompaña al envejecimiento. Estas enfermedades están asociadas a la dieta, educación, ocupación y sobretodo estilo de vida.

OBJETIVOS: Conocer las principales patologías asociadas a la tercera edad.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales fuentes de datos como Medline, Pumed Biblioteca, Crochrane Plus, Cuiden utilizando los siguientes descriptores de la tercera edad, patología, vejez, anciano, enfermería; se aplico un filtro de los últimos 10 años buscando artículos en español que se ajustan a su metodología.

RESULTADOS: Las enfermedades mas comunes en el adulto mayor suelen ser las que afectan al aparato respiratorio, sistema endocrino, sistema circulatorio, aparato locomotor urinario, así como patologías mentales .

CONCLUSIÓN: Las enfermedades para las que no se conoce una cura definitiva se denominan enfermedades crónicas, siendo la mayor causa de muerte y discapacidades que se producen en el anciano.

PALABRAS CLAVE: TERCERA EDAD, ANCIANO, VEJEZ, PATOLOGÍAS, ENFERMEDAD CRÓNICA.

PREVALENCIA E INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

MARIA YAIZA MEDINA SANTANA, JESÚS MEDEROS MONTESDEOCA

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud que produce daño en los pacientes y que pueden ser evitables en un alto número de casos. Una de las estrategias más utilizadas es la prevención para el abordaje de este problema.

OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia de las UPP en la unidad 3I del CSS EL SABINAL durante el año 2017. Evaluar las intervenciones realizadas en el CSS EL SABINAL para prevenir las UPP.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de la prevalencia de la UPP durante el año 2017 en la unidad 3I de nuestro Hospital. Se realizó: 1º Una valoración del riesgo de presentar UPP(Escala de Braden). 2º Evaluación y registro la presencia de las UPP. 3º Registrar el Grado, la localización. 4º Evaluar y registrar las intervenciones de enfermería realizadas para la prevención.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 35 pacientes Se realizó la valoración (Braden) al ingreso, y de forma periódica durante su estancia. Según esta escala eran pacientes con un riesgo medio/ alto 80%. La prevalencia de UPP era del % donde el numero total de UPP era de 12 y la localización más frecuente era sacro y talones. Las Medidas Preventivas que se adoptaron en porcentaje eran: Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO)100%. Protección de zonas anatómicas , utilización de apósitos protectores 51%. Realización de Cambios posturales 57%. Utilización de dispositivos de alivio de presión (SEMP) 18%.

CONCLUSIÓN: Las acciones e intervenciones realizadas por el personal de enfermería para la prevención de UPP han mejorado. Como personal sanitario, debemos tomar conciencia y responsabilidad de la gravedad potencial del problema que tan directamente nos afecta. Se trabaja con el personal de enfermería para elaborar un protocolo de prevención y tratamiento adaptado a nuestra unidad.

PALABRAS CLAVE: UPP, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PREVALENCIA, ESCALA BRADEN.

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: COLOCACIÓN Y RETIRADA DE CUÑA

JOSEFA RODRIGUEZ GARCIA, CARLOS GOMEZ MORENO, MARIA JOSE CASTELLON GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: La cuña se usa como un método de evacuación gástrica y urinaria cuando el paciente no puede moverse de la cama, ya sea por un deterioro cognitivo o por su proceso de enfermedad que le afecta en ese momento. Por lo tanto, la colocación y retirada de la cuña estará indicada cuando se vean afectados los niveles de movilidad y seguridad del paciente.

OBJETIVOS: Conocer la colocación y retirada de cuña en pacientes con movilidad. Conocer la colocación y retirada de cuña en pacientes sin movilidad.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica de 12 artículos científicos, del 11 al 27 de Enero de 2018. Extraídos de bases de datos científicas de ciencias de la salud, como Dialnet, Scielo, PubMed. Con descriptores (Colocación, retirada, cuña y Tcae). Se han incluido referencias bibliográficas y artículos en inglés, excluyéndose aquellos que no eran específicos.

RESULTADOS: De los 12 artículos consultados, 7 de ellos coinciden en que en pacientes con movilidad es necesario realizar este procedimiento para la colocación y retirada: Colocar al paciente en decúbito supino con el cabecero elevado. Retirar la ropa, pedirle que flexione las rodillas y eleve las caderas. Colocar la mano cerca del sacro para facilitar la elevación. Por último, colocar la cuña bajo los glúteos y asegurarse de que esté bien centrada. Los otros 5 artículos hacían gran hincapié en cómo colocar la cuña en pacientes sin movilidad: Colocar al paciente decúbito lateral. Colocar la cuña bajo las nalgas apoyando el lateral de esta en la cama, girarlo sobre su espalda con la cuña firmemente colocada en sus nalgas. Asegurarnos de que la cuña esté bien centrada bajo el paciente.

CONCLUSIÓN: A los pacientes que requieran ayuda para la eliminación, se les debe garantizar seguridad, privacidad y dignidad. Además, de un lenguaje respetuoso, ante episodios de incontinencia.

PALABRAS CLAVE: PROCEDIMIENTOS, CUÑA, TCAE, COLOCACIÓN.

LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO

ERIKA SANCHO PEREZ, LAURA FONTANILLA COBANO, ANGELA ARRIAZA MONREAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer institucionalizada diagnosticada de demencia. Presenta en cena tos no efectiva, cianosis periférica y sudoración profusa sin respuesta a estímulos. La paciente se alimenta con dieta túrmix y ha cogido de otro residente alimento de consistencia normal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente está desorientada, no responde a estímulos, tiene una TA 90/40, FC 82, Sat O2 79%, Tª 36,7°C. Tratamiento habitual: Memantina 10 mg 2-0-0, Rivastigmina parche transdérmico 9,5 mg/24 h, 1-0-0, Atorvastatina 0-0-1.

JUICIO CLÍNICO: Se trata de una obstrucción de las vías aéreas debido a un cuerpo extraño.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Descartamos cualquier tipo de enfermedad o episodio coronario debido al resultado de la monitorización viendo que el ritmo es normal y sus constantes vuelven a estabilizarse siendo estas, TA 100/50 SatO2 92%.

PLAN DE CUIDADOS: Nos ocupamos del manejo de las vías aéreas, monitorizamos las constantes vitales, y ponemos oxigenoterapia para estabilizar a la paciente.

CONCLUSIONES: La broncoaspiración se convierte en una patología muy frecuente en la institucionalización de ancianos con problemas de deglución y deterioro cognitivo, por ello, es importante el papel de enfermería en su prevención y tratamiento. Para evitar este problema es necesario adaptar la dieta a las características del paciente, colocarle erguido con ligera inclinación de la cabeza para intentar cerrar la vía aérea al paso de alimentos durante las ingestas, evitar somnolencia y distracciones durante esta práctica, por el riesgo de una mala deglución. La colaboración interdisciplinar junto a auxiliares de clínica y terapeutas ocupacionales, consigue asistir o mantener la independencia en las ingestas.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, DIETA, ESTÍMULOS, VÍA AÉREA.

MUJER ANCIANA QUE PRESENTA ISQUEMIA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

EVA MARIA TORRALBO CACHINERO, MARIA RUIZ RODRIGUEZ, ADRIANA NADINE MÜLLER PUGA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: MUJER DE 101 AÑOS QUE VIVE EN RESIDENCIA GERIATRICA Y QUE LA ENFERMERA OBSERVA EL MIEMBRO INFERIOR DERECHO FRÍO, MORADO, NO CAPTA PULSO PEDIO. ANTECEDENTES: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HIPOACUSIA, DEMENCIA, DEFICIT VASCULAR, PRURITO GENERALIZADO. TRATAMIENTO: AMERIDE Y ATARAX. SE DECIDE ACOSTAR A LA PACIENTE, PONER CALOR, TOMAR CONSTANTES, BUSCAR PULSO PEDIO Y AVISAR A URGENCIAS PARA HABLAR CON EL MEDICO COORDINADOR. TRAS EXPLICARLE EL CASO Y DECIRLE LOS SIGNOS Y SINTOMAS QUE SE OBSERVAN DECIDE MANDAR AL DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRITICOS Y URGENCIAS(DCCU). A SU LLEGADA NO MEJORIA.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: SE TOMAN CONSTANTES: TENSIÓN ARTERIAL 90/40MMHG; FRECUENCIA CARDIACA 90 LATIDOS POR MINUTO. SATURACIÓN NO PERCEPTIBLE PORQUE TIENE MANOS FRÍAS. LA MEDICA DEL DISPOSITIVO CAPTA PULSO PEDIO FILIFORME. NO TIENE MOVILIDAD DE LOS DEDOS DEL MIEMBRO AFECTADO. LA MEDICA HABLA CON LA HIJA DE DICHA RESIDENTE Y ACUERDAN MANTENER A LA MUJER EN LA RESIDENCIA CON UN TRATAMIENTO CONSERVADOR Y VIGILANCIA DE SU MEDICO DE CABECERA.

JUICIO CLÍNICO: DEFICIT VASCULAR, HIPOTENSIÓN, ISQUEMIA. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** SE OBSERVÓ ISQUEMIA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO DEBIDO A NO HABER PULSO PEDIO, FRIALDAD Y MORADO. SE OBSERVA DEFICIT VASCULAR PORQUE TIENE MENOR CIRCULACIÓN EN TODAS LAS EXTREMIDADES.

PLAN DE CUIDADOS: SE HABLA CON EL FAMILIAR Y LA ENFERMERA DE LA RESIDENCIA PARA DECIDIR SI SE DECIDE DERIVAR A URGENCIAS PARA REALIZAR TRATAMIENTO DE LA ISQUEMIA (POSIBLE AMPUTACIÓN DEL MIEMBRO) Y LO QUE CONLLEVA EL TRASLADO PARA LA PACIENTE O MANTENER UN TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LA RESIDENCIA CON NITROGLICERINA, ACIDO ACETIL SALICICO Y PENTOXIFILINA Y VIGILANCIA POR PARTE DE SU MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

CONCLUSIONES: UNA ENFERMERA EN UNA RESIENCIA DE ANCIANOS SE VE EN ALGUNAS OCASIONES SIN PODER ACTUAR DEBIDO A LA LIMITACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUE SE PUEDE REALIZAR. DEBIDO A LA EDAD DE LOS RESIDENTES; MUCHAS VECES HAY QUE VALORAR SI DERIVAR AL HOSPITAL O PAUTAR TRATAMIENTO CONSERVADOR PARA LOGRAR UNA OPTIMA CALIDAD DE VIDA.

PALABRAS CLAVE: GERIATRIA, ISQUEMIA, TRATAMIENTO, CONSERVADOR, RESIDENCIA.

GRADO DE DETERIORO COGNITIVO Y COEXISTENCIA DE SÍNDROME DEPRESIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

MARIA DOLORES CAMACHO LOZANO, JAVIER MONTERO CARRERA, VIRGINIA DIAZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer es una enfermedad neurológica progresiva e irreversible que afecta al cerebro produciendo la muerte de las neuronas. Es la causa más frecuente de todas las demencias, produciendo un deterioro de todas las funciones cognitivas. La depresión es muy común entre las personas que tienen Alzheimer, tienen muchos síntomas que son similares y puede ser difícil distinguir la diferencia entre ellos. La depresión, o ciertos síntomas depresivos, pueden ser el primer indicio de la enfermedad.

OBJETIVOS: Evaluar la situación cognitiva de los sujetos de estudio (Escala de Lobo y Pfeiffer). Conocer la coexistencia del síndrome depresivo en los sujetos de estudio.

METODOLOGÍA: Se selecciona una muestra aleatoria de pacientes mayores de 65 años y sin límite máximo de edad del centro de salud de Aracena (provincia de Huelva) con diagnóstico de Alzheimer, de un total de 63, para un estudio de corte transversal, observacional y descriptivo.

RESULTADOS: La situación cognitiva de los pacientes estudiados no es buena, como demuestra la mediana del Test de Lobo, que se sitúa en 10 puntos (deterioro cognitivo severo), que es corroborado por los resultados en el Test de Pfeiffer (mediana de 8 errores). La puntuación en el Test de Lobo con mayor frecuencia, es la de 0 puntos. Claramente muestra pacientes con un deterioro cognitivo severo.

CONCLUSIÓN: La afectación cognitiva de los sujetos es severa. En comparación con los datos demográficos más habituales, llama la atención una mayor afectación cognitiva y funcional. Casi el 50% de la población estudiada fué diagnosticada de un cuadro depresivo y tratada con antidepresivos. Estos datos podrían estar sobrevalorados dada la práctica habitual de uso de heterocíclicos en toma nocturna para reducir la agitación.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, TRATAMIENTO, ALZHEIMER, DETERIORO COGNITIVO.

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS

JULIA M. LÓPEZ MARTÍNEZ, MARIA DEL MAR GOMIZ SALINAS, ANTONIA GÓMEZ TEROL

INTRODUCCIÓN: Uno de los mayores problemas geriátricos con las caídas en el anciano. Más de la mitad de los ancianos ya estén institucionalizados o no, se caerán cada año y la mitad lo hará repetidamente.

OBJETIVOS: Analizar las causas de las caídas en los ancianos.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Binass y Cenetc. Se recogen textos científicos sobre caídas y ancianos.

RESULTADOS: Los ancianos son propensos a sufrir caídas y a veces de manera reiterada. Estos son más frágiles, suelen sufrir incapacidades funcionales y tienen menores niveles de fuerza, equilibrio, resistencia física y flexibilidad. Estas caídas agravan las condiciones de salud del anciano. Causan daños motores, fisiológicos y psicológicos. Es importante realizar un registro de caídas dada su importante repercusión.

CONCLUSIÓN: Es importante llevar un registro de caídas ya que esta aporta la información para prevenir y minimizar los riesgos. En la mayoría de los centros institucionalizados ya tienen un registro de caídas, ya que es de gran importancia para que todos los profesionales la lleven a cabo y así minimizar las causas de caída del anciano.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, INSTITUCIONALIZADAS, REDUCIR, REGISTRO, ANCIANO.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES

LARA CABEZAS JUAN, JAVIER JUAN LEDESMA RECUERO, LYUDMIL GEORGIEV GRIGOROV, AINHOA MOLINA DÍAZ, AIDA LÓPEZ QUINTÍA, MARIA MEANA GARCIA, VIRGINIA ZARZA BELDA, JENNIHE ALEJANDRA ÁVILA ALZATE, NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, caracterizada por déficits cognitivos, desorientación temporo-espacial, pérdida de memoria a corto-plazo y dificultad en las actividades de la vida diaria. Esta enfermedad no solo afecta al individuo que la padece, sino que repercute también en su familia. De igual manera hay que darle mucha importancia al cuidador principal, ya que ejerce diferentes funciones indispensables para su atención a medida que va progresando su incapacidad y dependencia del paciente.

OBJETIVOS: Identificar aquellos factores que influyen en la sobrecarga del cuidador de la persona con demencia que estén a su cargo.

METODOLOGÍA: Se llevo a cabo una revisión sistemática de la literatura publicada en las bases de datos Scielo, Medline, Cuiden, Google Académico e información recogida de la asociación de familiares del Alzheimer de Santa Marina del Rey, Órbigo y Páramo (AFA). Selección de 46 documentos.

RESULTADOS: Revisión de los factores que según los autores consultados influyen o presentan poca importancia en la sobrecarga del cuidador, como: situación económica, red de apoyo social, tipo de relación conyugal con el enfermo, estado de salud de los propios cuidadores, evolución del proceso demencial, tipo de cuidadores: formal e informal, sexo del cuidador principal y edad de los cuidadores principales.

CONCLUSIÓN: Este trabajo pretende ser el punto de partida para generar conciencia en el cuidado y en los efectos que los pacientes con la enfermedad de Alzheimer tienen sobre los cuidadores y/o familiares de quienes las padecen. Para tal efecto, sería necesario la motivación para crear futuros proyectos de investigación, así pues se determina si el nivel de sobrecarga presente en el cuidador es directamente proporcional al estado de la enfermedad y si el estrato socioeconómico, nivel de estudios, edad o sexo del cuidador influye en la presencia o ausencia de sobrecarga.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DE AZHEIMER, FAMILIA, CUIDADORES PRINCIPALES, CUIDADORES INFORMALES, SOBRECARGA.

LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS ANCIANOS

BUCHRA ABDEL-LAH TAHAR, CONCEPCION BONILLA FERNANDEZ, DANIEL LUQUE PARDO

INTRODUCCIÓN: El aumento de la población anciana ha supuesto un incremento de la demanda asistencial, creando por ello entre los profesionales la necesidad de una preparación específica. El objetivo es cuidar, por lo que se debe adaptar el concepto de necesidad y demanda. Hay que establecer unos objetivos que especifiquen las características individuales, la participación del anciano y la planificación de actividades integrales de acorde con la persona teniendo para ello una visión dinámica del proceso de envejecimiento.

OBJETIVOS: Determinar las características individuales del paciente anciano. Identificar la necesidad de profesionales especializados en el cuidado integral a los pacientes ancianos.

METODOLOGÍA: Este estudio se ha llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, Cochrane Library, Joanna Brings, Cinahl, Cuiden, Cuidatge, en un intervalo de periodo en los años 2010-2017.

RESULTADOS: Por lo que hay multitud de estudios sobre el cuidado a los ancianos, tanto en domicilio, hospitales y en otras instituciones. La participación del anciano en sus cuidados y necesidades es escasa. Se tiende a valorarlos como sujetos pasivos sin dejar que el paciente anciano adapte su tiempo al nuestro. Otros estudios implican la falta de tiempo y recurso humanos en la despersonalización del adulto mayor incrementando más su dependencia.

CONCLUSIÓN: El personal de enfermería no logra adaptar su tiempo al de anciano por aumento de tareas, aumento del número de personas a atender y falta de plantillas para proporcionar cuidados de calidad. Tendemos a estereotipar a los pacientes repercutiendo negativamente en los cuidados.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, PERSONAL, CUIDADOS, ANCIANOS.

EL DOLOR: UNA ALERTA EN LA DEMENCIA

MARIA ISABEL MARTINEZ MARTINEZ, ISABEL MARÍA PALLARÉS MARTÍNEZ, MARIA SANCHEZ MARTINEZ, ESTEFANIA WALTER CHECA, ROSA MARÍA CARBONELL PÉREZ, CARLOS ALBERTO GARCIA RUIZ

INTRODUCCIÓN: El reconocimiento y tratamiento adecuado del dolor en personas con demencia, sigue representando un reto por varios motivos: en fases avanzadas no son capaces de comunicar cómo se sienten, en casos de demencia vascular tienen incrementada la sensibilidad, en demencias frontotemporales aumenta su tolerancia, etc.

OBJETIVOS: Conocer la evidencia existente sobre el dolor en los pacientes con demencia; así como la implicación por parte del personal sanitario en su reconocimiento y control.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline, Elsevier, Scielo y Pubmed. La elección de artículos fue mediante proceso de lectura del título y los correspondientes resúmenes de cada uno de ellos. Se identificaron un total de 90 artículos de los cuales atendiendo a los criterios de selección, 57 fueron preseleccionados, 18 resultaron repetidos y finalmente 15 artículos fueron incluidos en la revisión. Descriptores utilizados: envejecimiento, dolor, demencia, valoración y personal sanitario.

RESULTADOS: En toda la bibliografía consulta existe coincidencia acerca de la infradetección y por consiguiente el infratratamiento del dolor en los pacientes que padecen algún tipo de demencia. En la utilización de instrumentos de valoración del dolor, no hay igualdad de criterios; debido en parte a la necesidad de alternativas a las escalas verbales y fisiológicas; y que dichas en alternativas no existe consenso en cuando a validez, fiabilidad y aplicabilidad.

CONCLUSIÓN: Es necesario seguir investigando y unificar criterios acerca de los instrumentos de valoración del dolor en pacientes con demencia. El control del dolor, no es solo un deber por cuestiones humanitarias sino una obligación de los profesionales sanitarios para evitar las repercusiones a nivel funcional (a veces muy graves), reducir morbilidad y mortalidad; así como mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: ENVEJECIMIENTO, DOLOR, DEMENCIA, PERSONAL SANITARIO, VALORACIÓN.

LA SEXUALIDAD EN EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

ISAAC ALBA RODRIGUEZ, ALEJANDRA RODRIGUEZ LUGO, LORENA PAN CARDENAS

INTRODUCCIÓN: Una creencia falsa que se tiene en la vejez, es la inexistencia de actividad sexual y la falta de interés por la sexualidad. Hoy en día, la sexualidad en los ancianos es desconocida, en gran parte por el temor que tienen a hablar del tema y la dificultad que conlleva. Sobre la sexualidad continúa existiendo mitos tanto en el varón como en la mujer, uno de los más comunes en las mujeres es la creencia de que la menopausia supone la disminución y extinción de la capacidad sexual. En este proyecto haremos una breve reseña sobre los conceptos sexo y sexualidad, los cambios y ciclo que conllevan la respuesta sexual, los cambios cognoscitivos y psicosociales de la respuesta sexual y la actuación del profesional de enfermería en geriatría.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de sensibilizar a la población, con el fin de erradicar los mitos existentes sobre la sexualidad en los ancianos.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline y Scielo, haciendo una selección de los artículos de mayor relevancia.

RESULTADOS: Se observa que hay poca literatura que detalle la creencia falsa que existe en la población sobre la sexualidad en la vejez. Hoy en día la sexualidad en este grupo de edad es un tema tabú y con un gran temor a hablar sobre él. Es por ello por lo que se debería de concienciar a la población sobre la sexualidad en este grupo de edad y disminuir de esta forma la ansiedad y preocupación que supone para muchos pacientes ancianos el tratar este tema.

CONCLUSIÓN: Según la revisión en la literatura de los estudios epidemiológicos es incorrecto seguir considerando al anciano como poco interesado en la sexualidad o con escasa actividad sexual. Con una mayor formación académica de los profesionales sanitarios y de la sociedad junto con la realización de programas de educación sexual para los ancianos.

PALABRAS CLAVE: SEXUALIDAD, ANCIANO, GERIATRÍA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, CAMBIOS COGNOSCITIVOS.

EL DELIRIO Y LOS ANCIANOS INGRESADOS

LORENA CABALLERO GALLARDO, ELENA MORA MARTIN, MANUEL RUEDA FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: El delirium o síndrome confusional agudo es considerado un síndrome cerebral, grave, orgánico, de inicio súbito, multifactorial, transitorio, potencialmente predecible, prevenible y reversible. Ancianos son aquellos que superan los 65 años de edad. Los ancianos ingresados en cualquier planta de un hospital tienen riesgo de sufrir un cuadro de delirium. La prevalencia puede llegar al 80 % en pacientes ingresados en la UCI.

OBJETIVOS: Conocer los factores de riesgo que pueden ocasionar delirium en el ingreso de pacientes ancianos.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en bases de datos PubMed, Scielo, Medline y Elsevier según la metodología enfermera.

RESULTADOS: La causa del delirium en un anciano tras su ingreso en un hospital es multifactorial. Incluye factores internos de la persona como ser mayor de 75 años y con gran problemática social, factores relacionados con la fragilidad como la presencia de varias enfermedades, alteración de la movilidad, demencias previas, déficit sensorial, etc. , Y por último, los factores externos como por ejemplo: el tiempo de ingreso, saturación de oxígeno disminuida, dolor postoperatorio mal controlado, elevado volumen en la infusión de líquidos, etc.

CONCLUSIÓN: La frecuencia de aparición de este cuadro es alta en los ancianos ingresos en hospitales. Los factores de riesgo internos que más influyen: edad mayor de 75 años y estancia hospitalaria prolongada. Donde los profesionales sanitarios tienen un papel más activo sería en los factores externos, donde se deberían de tomar todas las medidas necesarias para que el síndrome confusional agudo apareciera lo mínimo posible.

PALABRAS CLAVE: PACIENTES, ANCIANO, DELIRIO, HOSPITALIZACIÓN, CONFUSIÓN.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA

MARIA DEL PILAR LÓPEZ ROMERO, MARÍA DOLORES LIMÓN ALBA, PILAR RUIZ NAVARRO

INTRODUCCIÓN: La labor del auxiliar de enfermería en estos centros dependerá en gran medida del estado en el que los ancianos ingresen en los geriátricos.

OBJETIVOS: Analizar la función del auxiliar de enfermería en geriatría.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica cuyos descriptores son: ancianos, geriatría, auxiliar, geriátrico. El criterio establecido fue: protocolo y estudio sobre el tema.

RESULTADOS: La función de auxiliar ante estas personas debe encaminarse hacia la ayuda para que les sea posible realizar las tareas más sencillas por sí mismos, aunque todo dependerá del grado de dependencia que tenga cada anciano. Algunas de las tareas que debe realizar el auxiliar serían: facilitar su aseo, vestirse, levantarse y acostarse ayudarles a: comer, ir al baño, tomar medicación, realizarles curas, en caso necesario, desplazarse a facilitar que se integren con los demás compañeros. Y es muy importante estar pendientes por si hubiera algún cambio, no sólo físico sino también mental.

CONCLUSIÓN: Uno de los lugares de trabajo más comunes para los tcae son los geriátricos o residencias para personas mayores. Donde les ayudaran en sus tareas diarias, eso requiere mucha vocación ya que tendrás que tratar con personas mayores, la atención que necesiten dependerá de su nivel de autosuficiencia, garantizando siempre su seguridad y bienestar.

PALABRAS CLAVE: ANCIANOS, AUXILIAR, GERIATRÍA, GERIÁTRICO.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ÁMBITO HOSPITALARIO

PAULA MONTES DE OCA MIRAS, YOLANDA MARTÍN CRUZ, CARMEN ESTEFANÍA MONTES DE OCA MIRAS

INTRODUCCIÓN: Las UPP (úlceras por presión) son áreas de piel lesionada al restringirse la circulación sanguínea debido a la presión excesiva o prolongada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo sobre un plano o prominencia ósea. Las zonas más comúnmente afectadas suelen ser sacro, tobillos y talones.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía disponible acerca de las UPP. Identificar recomendaciones básicas para la prevención de las UPP.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en Pubmed utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud: úlceras por presión, prevención, enfermería, hospitalización. Como criterios de inclusión, artículos con evidencia científica relacionados con los objetivos marcados y publicados en los últimos 5 años. Obtenemos un resultado de 328 publicaciones de las cuales seleccionamos 3.

RESULTADOS: En la bibliografía consultada, las recomendaciones basadas en la evidencia indican: Identificar pacientes que potencialmente pueden padecer este problema a través de escalas de valoración de riesgo de UPP. Mantener la piel del paciente limpia y seca, examinando su estado a diario. Evitar signos de maceración o infección en la piel. Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo realizando cambios posturales cada 2-3 horas. Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí. Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión como colchones de aire, taloneras. Evitar elevar la cabecera de la cama más de 30°. Asegurar un estado de nutrición e hidratación adecuados.

CONCLUSIÓN: Las UPP constituyen un problema importante en los sistemas de salud ya que, suele agravar el estado de los pacientes y producir infecciones y complicaciones. Esto prolonga el ingreso hospitalario lo que conlleva un incremento de los costes sanitarios. Enfermería, siendo el profesional que más horas pasa al lado del paciente, es el adecuado para prevenir este problema tan prevalente mejorando así la asistencia sanitaria y la calidad hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERAS POR PRESIÓN, PREVENCIÓN, ENFERMERÍA, HOSPITALIZACIÓN.

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE GERIÁTRICO TERMINAL

MARÍA DOLORES MAESTRE PALACIOS, JOSE ANTONIO VERDEJO PARRA, CARMEN MARÍA GARCÍA GARCÍA, MAGDALENA GUTIÉRREZ GARCÍA, ANA MARÍA MORALES AYALA, ASCENSIÓN FERNÁNDEZ RUÍZ, MARÍA DAMIANA RUBIO CARRILLO, MARIANO HORTELANO BALIBREA, LIDIA ALEGRÍA COBAS, ANTONIA FLORENTINA LÓPEZ CABALLERO, MARÍA YOLANDA ESPINOSA PORRUA, SARA BERNAL ARDIL

INTRODUCCIÓN: El paciente geriátrico necesita unos cuidados especiales donde el auxiliar y enfermeras en conjunto con la familia debemos conseguir aliviar los problemas que produce la enfermedad en estos pacientes. En la enfermedad terminal aparecen muchos aspectos que hay que tratar de la persona enferma y de su familia, hay un deterioro físico, Psíquico, emocional y espiritual por todo ello los cuidados de enfermería tienen que ir encaminados para atender las las necesidades que el enfermo necesita y las que necesita su familia.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía reciente para: Fomentar el mayor grado de bienestar en la persona anciana. Ayudar al paciente geriátrico a afrontar los problemas de salud que le impiden satisfacer sus necesidades básicas. Mantener atención integral al enfermo geriátrico. Conseguir bienestar, calidad de vida y dignidad en el enfermo.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática en la cual hemos utilizado fuentes bibliográficas como: Pubmed®, Medineplus®, The Journal of Perinatal Education®, Enfermería Global®, Scielo.

RESULTADOS: Unos buenos cuidados del auxiliar de enfermería mejoraran la calidad del paciente y de su familia, con el objetivo de que puedan expresar sus sentimientos, para cuando llegue el momento de la muerte familiar y enfermo estén preparados.

CONCLUSIÓN: El paciente geriátrico terminal necesita los cuidados donde el enfermo tenga una atención integral, tanto en las actividades de la vida diaria como en el bienestar, calidad de vida y dignidad. Es importante que la familia se implique en este tipo de cuidados y así familiarizarse con la situación

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, ALIMENTACIÓN, CUIDADOS, ENFERMEDAD TERMINAL.

LA INFECCIÓN URINARIA EN LA ANCIANA PLURIPATOLÓGICA

MACARENA SAAMEÑO IBORRA, MARÍA MARTÍN BARRERA, ANTONIO JESÚS BARRIOS VÁZQUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 76 años, que es llevada por sus familiares a urgencias del Hospital por fiebre sin focalidad y decaimiento general. Antecedentes personales: Diabetes tipo II, HTA, cardiopatía isquémica. Demencia incipiente, con pérdida total de la independencia funcional, postrada en cama desde hace aproximadamente 3 años, al cuidado permanente de 2 de sus hijas. No alergias conocidas a fármacos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 100/60. Pulso: 89. Tª: 38,5°C. FR= 22. SatO2: 93%. Analítica: 19 000 leucocitos /mm3. Sedimento urinario: nitritos positivo, incontables leucocitos por campo. Rx Tórax sin evidencia de infiltrados inflamatorios.

JUICIO CLÍNICO: Sepsis de origen urinario en paciente anciana pluripatológica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis y exploración física no podemos descartar otras infecciones, pero mediante la visión microscópica del sedimento urinario podemos afirmar que se trata de infección urinaria.

CONCLUSIONES: Es uno de los procesos infecciosos más comunes en personas de edad avanzada, y probablemente la infección bacteriana más frecuente. En personas de edad avanzada, es más frecuente encontrar síntomas atípicos, entre los que destacan la disminución de la capacidad funcional, decaimiento, inapetencia, fiebre de causa no precisada, o la descompensación de alguna enfermedad crónica como diabetes mellitus o hipertensión arterial, teniendo como origen una infección de la vía urinaria. A veces el mayor compromiso del estado mental, con acentuación de la sintomatología, en un paciente demente corresponde precisamente a una infección urinaria. Finalmente la paciente es dada de alta, es tratada con antibióticos, previamente se realiza urocultivo para confirmar la infección y determinar el agente infeccioso, que resultó ser positivo.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, SINTOMATOLOGÍA, TRATAMIENTO, INFECCIÓN URINARIA.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA TRAS REDUCCIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

FRANCISCO CUMBRERAS GARCÍA, CRISTINA MOSCOSO DELGADO, MARIA MORENO FLORES,
NURIA GAVIRA RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 85 años que refiere aumento de disnea progresiva en el último mes que relaciona con aumento de ruidos respiratorios. Niega fiebre, no tos ni expectoración. No recorte de diuresis ni aumento de edemas en MMII. Tratamiento domiciliario que refiere cumplimiento con buena adherencia. Niega dolor torácico, refiere que el cuadro presentado ayer es en relación con aumento de ansiedad debido a la reducción del tratamiento ansiolítico por su MAP.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemodinamicamente estable. T° 37,3. Eupneica en reposo y conversación. Tonos cardíacos rítmicos sin soplos audibles. Murmullo ligeramente disminuido, con abundantes sibilantes espiratorios dispersos. SatO2 basal 94%. Abdomen sin alteraciones. No edemas en regiones declives.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de abstinencia. Ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Disnea. Reagudización asmática.

PLAN DE CUIDADOS: Mantener tratamiento habitual. Si ansiedad puede tomar clorazepato dipotasico 10 mg cada 8 horas.

CONCLUSIONES: El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas que aparecen cuando una persona que tomó por un periodo prolongado ansiolíticos suspende su consumo o reduce la dosis. Aparecen síntomas tales como: ansiedad, irritabilidad, insomnio y alteraciones sensoriales. En un número reducido de personas puede ser grave y semejar serios casos psiquiátricos o médicos, por ejemplo: esquizofrenia y convulsiones.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, DISNEA, ABSTINENCIA, ANSIOLÍTICO.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE ENCAMADO

CRISTOBALINA SANCHEZ JIMENEZ, ITZIAR MALAGÓN RODRÍGUEZ, EVA ISABEL QUESADA REAL

INTRODUCCIÓN: Son actividades que se realizan al enfermo, que no se mueve por si solo, para movilizarlo en la cama. Es importante para el manejo del paciente en la realización de curas, higiene, hacerle la cama y para la comodidad del personal sanitario que sea menos costoso.

OBJETIVOS: Determinar medidas para evitar la aparición de úlceras por presión. Determinar medidas para beneficiar la expulsión de acumulo de mucosidad y el riesgo sanguíneo en las zonas de presión.

METODOLOGÍA: Existen diferentes tipos de posiciones anatómicas en el paciente encamado: Decúbito supino, decúbito prono, posición de trendelenburg, posición antitrendelenburg, posición de fowler, posición ginecológica o litotomía, posición de sims o seguridad, posición de roser o proetz, posición genuoectoral omahometana. Aunque las mas utilizadas para prevenir complicaciones son: decúbito supino, decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo. Estas deben realizarse cada 2-4 horas.

RESULTADOS: Unas buenas movilizaciones conlleva la no aparición de úlceras por presión y por tanto la comodidad y bienestar del paciente y otras complicaciones derivadas de la inmovilización.

CONCLUSIÓN: Los cambios posturales en un enfermo encamado son fundamentales para prevenir las úlceras por presión. Es un tratamiento preventivo e individualizado y se debe realizar de forma precoz y mantener dicho tratamiento sin descuido mientras dure el reposo.

PALABRAS CLAVE: CAMBIOS POSTURALES, ENCAMADO, ÚLCERA, PREVENCIÓN.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTE CON ALZHEIMER

ALICIA GALDEANO CARRILLO, CRISTINA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, CELIA GALDEANO LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 88 años que acude acompañada a urgencias por vómitos de sangre oscura y náuseas. AP: Alzheimer, Dispepsia ulcerosa, Varices, Metatarsalgia izquierda, Glaucoma. AQ: Colectectomía. Tto habitual: Rivastigmina 6mg, Paracetamol 650mg, Trazadona 100mg, Enalapril 5mg, Memantina 20mg, Lansoprazol 30mg. Ha tomado antibióticos recientemente por úlcera en el pie.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 100/60 mmHg, FC: 110 ppm. , Sat O2: 92%. Exploración general: Regular estado general, deshidratación cutáneo mucosa. Exploración neurológica: consciente y desorientada. Auscultación cardiaca: rítmica y sin soplos. Taquicárdica. Auscultación pulmonar: buena ventilación, sin alteraciones del murmullo vesicular. Abdomen: sin masas, no HEM, no contractura, no peritonismo. Signos Blumberg, Psoas y Muphy negativos. Extremidades: frialdad en extremidades, sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica: Glucosa 88 mg/dl, urea 46,3 mg/dl, creatinina 0,54 mg/dl, Na 132 mE/L, K 4,5 mE/L. Serie roja (Hematíes recuento: 4,37 células/mcL, Hemoglobina 12,1 g/dl, Hematocrito 38%) y serie blanca sin hallazgos.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia digestiva alta. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hematemesis. Gastroenteritis. Úlcera gástrica.

PLAN DE CUIDADOS: La paciente pasa a observación donde se monitoriza y canaliza vía periférica con sueroterapia. Se realiza tacto rectal donde se evidencia el dedo manchado de heces de aspecto normal. Se observa micosis perineal intensa. Se solicita Rx de abdomen. Abdomen con gran cantidad de heces. Se solicita nueva analítica con serie roja y pruebas cruzadas.

CONCLUSIONES: Durante su estancia en observación la paciente se encuentra clínicamente bien, hemodinámicamente estable. No ha vuelto a vomitar. Abdomen blando y depresible sin reacción peritoneal. Ponemos enema de limpieza poco eficiente pero sin restos de melenas. Analítica repetida sin anemia ni signos directos o indirectos de sangrado. Se deriva a su domicilio para control y seguimiento por su médico de familia. Continuar tto habitual. Añadimos Levogastrol 1 comprimido cada 8 horas antes de las comidas y clotrimazol 100 mg crema vaginal.

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA, VÓMITOS, SANGRE, HEMATEMESIS, URGENCIAS.

LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y AYUDA DE LA FAMILIA EN EL ALZHEIMER

ANA MARIA ROMERA TORO, MARIA DEL CARMEN TORRES ZAGUIRRE, MONTSERRAT VANESA MAÑAS MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: La atención a pacientes con enfermedad de alzheimer requiere un abordaje multidisciplinar en el que participan tanto profesionales como familiares de los pacientes. Tiene que ser una atención integrada que garantice y tratamiento adecuado. No hay causa que sea concreta a la que se le pueda atribuir la responsabilidad de la aparición del alzheimer y etiología, es multifactorial, es decir que hay una serie de factores de riesgo que dan lugar a desencadenar la enfermedad. Ayudar a mejorar la vida cotidiana de un paciente con alzheimer en sus distintas fases. Hay que identificar el déficit cognitivo y físico, establecer los hábitos de alimentación y hacer partícipe a la familia en la planificación, realización y evaluación de los cuidados. Hay que proporcionarle al paciente los medios de ayuda necesarios, timbres cerca, luz de llamada, iluminación adecuada, barandillas en las camas.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca del papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante familias de pacientes con alzheimer.

METODOLOGÍA: Se recoge información de la enfermedad desde el inicio, sus fases y necesidades de la persona con alzheimer en base de datos como google académico, medipius.

RESULTADOS: Los resultados son una mejora notable en la vida cotidiana de los pacientes ya que con pequeños gestos llevados a cabo en pequeñas tareas diarias del equipo multidisciplinar en general y del tcae en particular, ya que este último se ocupa de la mayor parte de estas actividades: podemos hacer que los enfermos de alzheimer tengan una buena calidad de vida. Al paciente se le da confianza, sentido del humor y disminución del riesgo de caídas y lesiones y también se le ayuda a mantener habilidades físicas y mentales.

CONCLUSIÓN: Hay que formar al personal y a cuidadores que a su vez de ayudar enseñar a la familia y dar una buena práctica clínica por parte del equipo multidisciplinar, para proporcionar al enfermo bienestar y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, DETERIORO, ENFERMEDAD, ANCIANO.

EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN LA DEMENCIA SENIL

JOAQUIN VEGA BERNAL, ANA MARIA VEGA BERNAL, CARMEN MARIA AGUSTIN BRAVO DE MANCILLA

INTRODUCCIÓN: El estrés y ansiedad son manifestaciones muy comunes entre personas con demencia. La farmacología resulta útil para tratar estas manifestaciones, sin embargo, se recomienda utilizar otras terapias no farmacológicas como primera elección.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía existente actualmente sobre el efecto de la música en personas con demencia.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática. Las bases de datos utilizadas fueron: Pubmed, Medline plus y science direct. La búsqueda se hizo mediante las siguientes palabras clave en español: música, musicoterapia, demencia. Y las palabras utilizadas en inglés fueron: music, music therapy, dementia. Se hizo una selección de artículos guiados por los siguientes criterios: artículos publicados entre 2008 y 2018, aquellos que estuvieran escrito en inglés o español, publicados en revistas científicas de enfermería, con textos completos disponibles y que fueran estudios observacionales. De un total de 67 artículos encontrados, se seleccionaron 2.

RESULTADOS: Tras la revisión, se planteó la realización de 5 sesiones semanales de musicoterapia a la semana. Se produjo una mejora en el comportamiento de los pacientes afectados de demencia. La alimentación de los pacientes mejoró también en las semanas que duró el estudio.

CONCLUSIÓN: En cuanto a las limitaciones, se observa que existe muy poca bibliografía sobre este tema. Normalmente se mezcla varias terapias no invasivas en un mismo estudio, por lo que dificulta la efectividad real del efecto de la musicoterapia en pacientes con demencia. Se necesita hacer más estudios observacionales en este aspecto. Como conclusión, hay muchas terapias no farmacológicas para minimizar el estrés y ansiedad en el cuidado de la demencia. Debe haber una personalización en el cuidado de la demencia. Además, la musicoterapia entre otras terapias no farmacológicas se debe aplicar de manera rutinaria.

PALABRAS CLAVE: MUSICOTERAPIA, DEMENCIA, MÚSICA, SENIL.

NEGACIÓN A LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTE CON DEMENCIA

ISABEL SÁNCHEZ GALVEZ, ESTHER MARIA GAMEZ SANCHEZ, CARMEN ALBUERA CECILIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 92 años con grave deterioro cognitivo que acude derivada de una residencia por malestar general y negarse a la ingesta hídrica, así como sólidos. Es derivada a la consulta de nutrición para la valoración de SNG.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: presenta leve anemia. ACR: tonos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado, abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación. MMII: no edemas ni signos de TVP. RX tórax de control tras SNG.

JUICIO CLÍNICO: Nutrición ineficaz por el deterioro cognitivo. Inserción de sonda nasogástrica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Alteración en la deglución por malformación.

PLAN DE CUIDADOS: Administrar nutrición a temperatura ambiente. Mantener cabecera elevada unos 45° mientras le está pasando la nutrición y 30 min después de finalizarla. Mantener taponada la sonda entre tomas. Lavar la sonda con 50ml de agua después de cada toma.

CONCLUSIONES: La demencia en la edad avanzada conlleva múltiples riesgos para la salud, uno de ellos es la negación a la comida o pérdida de facultades para la deglución, es por ello por lo que se acude al sondaje nasogástrico para cerciorarnos de que el aporte calórico y nutricional en el paciente es el adecuado.

PALABRAS CLAVE: NEGACIÓN, DEMENCIA, ALIMENTACIÓN, SONDA NASOGÁSTRICA.

DISFAGIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INMACULADA SERRANO MARTIN, CRISTINA OJEDA MARTIN, ESPERANZA SILVESTRE PIÑA

INTRODUCCIÓN: La disfagia es un trastorno de la deglución, donde se produce una dificultad en la preparación oral del bolo alimenticio o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el estómago. La disfagia es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos a pesar de su elevada prevalencia.

OBJETIVOS: Identificar el uso de medidas de evitación de disfagia. Determinar las intervenciones más apropiadas para la disfagia en personas de avanzada edad.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión sistemática en la base de datos: Cochrane, Scielo, buscador google académico y utilizamos los descriptores en ciencias de la salud (Decs): enfermería, disfagia, anciano, valoración, cuidados.

RESULTADOS: Detección de un problema de salud, desconocido por pacientes, mediante entrevista en la valoración inicial. Cambio de actitud de paciente ante episodios de tos tras tomas, mediante educación sanitaria. Adhesión positiva de los usuarios al uso de herramientas básicas para evitar la disfagia: espesantes y gelatinas, dieta triturada, y posición correcta (erecta en sentado y Fowler encamado). Mejora de la nutrición e hidratación del paciente al no rechazar el alimento por dificultad de la deglución. Evitación de broncoaspiración.

CONCLUSIÓN: El empleo de una adecuada entrevista inicial ha permitido la puesta en marcha de actividades de enfermería de resultados muy positivos. Un diagnóstico precoz en ancianos evita graves complicaciones. Las intervenciones de enfermería van encaminadas a la nutrición, disminución del riesgo de aspiración, educación postural y familiar.

PALABRAS CLAVE: DISFAGIA, ANCIANO, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN EL ANCIANO

INMACULADA SERRANO MARTIN, CRISTINA OJEDA MARTIN, ESPERANZA SILVESTRE PIÑA

INTRODUCCIÓN: El aumento de la esperanza de vida ha contribuido a que cada vez nuestra sociedad este más envejecida, por lo que la valoración nutricional resulta importante como criterio para la prevención y pronóstico de enfermedades relacionadas con la vejez.

OBJETIVOS: Identificar los aspectos que debe tener en cuenta el profesional de enfermería para brindar una educación nutricional acertada y adaptada a las necesidades individuales.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión sistemática en la base de datos: Proquest, Pubmed, Science Direct, Scielo, buscador google académico y utilizamos los descriptores en ciencias de la salud (Decs): enfermería, anciano, nutrición, intervención.

RESULTADOS: La población anciana es uno de los grupos de mayor riesgo con problemas nutricionales, tanto por el propio envejecimiento, que produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos, como por otros factores asociados: cambios físicos, psíquicos, sociales y económicos, además de la coexistencia de patologías como la depresión y alteraciones cognitivas que determinan serios cambios en la ingesta dietética, que conllevan un riesgo de alteraciones nutricionales. El Mini Nutritional Assessment (MNA) es un instrumento diseñado y validado para realizar la valoración nutricional en pacientes geriátricos. Distingue entre pacientes ancianos con estado nutricional adecuado >24 puntos, con riesgo de desnutrición 17-23.5 Puntos y malnutrición <17 puntos.

CONCLUSIÓN: La detección precoz y sistemática de pacientes con riesgo nutricional es importante para iniciar intervenciones que permitan evitar sus complicaciones asociadas, aumentando la sensibilización del personal de Enfermería en este ámbito. El uso del cuestionario MNA, es factible en la práctica habitual enfermera por el poco tiempo necesario por entrevista; permite además orientar las intervenciones nutricionales y valorar su eficacia.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN, INTERVENCIÓN.

ÚLCERA DE TALÓN DE TÓRPIDA: EVOLUCIÓN

SILVIA AGUILAR ZAYAS, BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO, JUAN HUESO MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 86 años va a consulta del Hospital por una infección en uno de los pies. Antecedentes personales: No RAMC, diabetes mellitus 2, insuficiencia arterial periférica, insuficiencia mitral y aórtica, parálisis flácida izquierda, infarto cerebral, glaucoma, HTA, vida cama-cama. Enfermedad actual, paciente derivado desde AP por evolución tórpida “úlceras talón derecho”, no fiebre.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Úlcera de talón de unos 3x3 cms con celulitis asociada del pie, en la exploración se aprecia salida de pus de color marrónáceo muy maloliente por los bordes de la úlcera. Analítica completa de sangre, Recogida de muestra de los exudados del pie. ECG ritmo de tono 65 pm, gluc 204, serología VIH negativa, VHC negativa, VHA se puede excluir por el valor de las transaminasas.

JUICIO CLÍNICO: Úlcera pie diabético. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Osteomielitis. Bacteriemia. Celulitis nodular supurativa.

CONCLUSIONES: Seleccionar el método más adecuado según condición de úlcera del paciente. Realizar el desbridamiento en quirófano urgente, con la conformidad familiar. Todas las recomendaciones referidas al desbridamiento tienen un nivel de evidencia C. Ingresar al paciente para tratamiento antibiótico y observar evolución. Se comenta por parte de los facultativos posibilidad muy alta de acabar en amputación de Syme.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA, TALÓN, TÓRPIDA, EVOLUCIÓN.

PLAN TERAPÉUTICO TRAS FRACTURA POR TRAUMATISMO EN MIEMBRO INFERIOR

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 79 años con hipertensión, dislipemia, glaucoma que tras caída de la cama sufre fractura de cadera y es intervenida realizándole artroplastia parcial cementada de cadera izquierda. A los cinco días de la intervención recibe el alta y es ingresada en nuestro centro. La paciente muestra una conversación coherente sin alteraciones del lenguaje ni trastornos de conducta pero desde el punto de vista motivacional está totalmente desanimada. Tras valoración se implanta el plan terapéutico interdisciplinar. La paciente asistía diariamente a la unidad de Terapia Ocupacional y Fisioterapia, (atendida además por Enfermería) en la cuales se desarrollaban el plan terapéutico establecido pero a un ritmo más lento que en las unidades no geriátricas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Miembro inferior acortado y en rotación externa. RX simple: fractura intracapsular de cadera izquierda.

JUICIO CLÍNICO: FRACTURA INTRACAPSULAR DE CADERA IZQUIERDA **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** - FRACTURA EXTRACAPSULAR INTERTROCANTÉRICA. - FRACTURA EXTRACAPSULAR SUBTROCANTÉRICA

PLAN DE CUIDADOS: - Rehabilitación de los déficits funcionales. - Prevención intentando que la paciente aprenda a reconocer las situaciones de riesgo. - Tratamiento compensatorio para suplir los déficits permanentes. - Ergonomía y protección articular y reentrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria y desplazamientos con ayudas técnicas.

CONCLUSIONES: Pese a los temores iniciales de la paciente, su falta de motivación y la complejidad de la fractura, la evolución de la paciente fue buena, mejorando su estado de ánimo al ver su evolución y colaborando más activamente en la terapia gracias al trabajo multidisciplinar, consiguiendo en cuatro semanas la deambulaci3n asistida por una persona con andador y a las ocho semanas la marcha con andador independiente.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA DE FÉMUR, CIRUGÍA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ARTROPLASTIA.

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DEMENCIA DEGENERATIVA

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ FERNÁNDEZ, MARÍA DEL CARMEN SANCHEZ RAMON, NOELIA ASCENSIÓN RODRÍGUEZ UROZ

INTRODUCCIÓN: La demencia es un deterioro cognitivo progresivo y persistente que afecta principalmente a la memoria, lenguaje y capacidad motora, pero sin afectación de la conciencia. El Alzheimer es la principal causa de demencia tipo irreversible en personas mayores.

OBJETIVOS: Determinar las principales cuidados de enfermería en el paciente con demencia degenerativa.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda sistemática a través de bases de datos de Ciencias de la Salud (SciELO y ENFISPO), utilizando descriptores en Ciencias de la Salud: atención de Enfermería, demencia, Alzheimer, educación continua. Criterios de inclusión: artículos en español con evidencia científica, relacionados con nuestro objetivo.

RESULTADOS: Debe mantenerse las capacidades de la persona el máximo tiempo posible, potenciándolas, sin dejar que el paciente se frustre. Los cuidados serán individualizados y adaptados a las capacidades y estado del paciente. Se usarán técnicas psicodinámicas para orientar, validar, realizar estimulación sensorial, mantenimiento de capacidades motoras e intervenciones paliativas dirigidas al confort del paciente en fases avanzadas. La comunicación debe ser sencilla, directa, reduciendo la contaminación ambiental y distracciones, así como dejando tiempo para reacción y contestación del paciente. Implantar horarios y rutinas, marcando las actividades diarias, descomponiendo las más complejas en una secuencia de actividades más sencillas, dejando de lado aquellas habilidades ya perdidas. En el hogar, evitar cambios importantes de mobiliario u orden de armarios o estanterías para evitar desorientaciones. Si es preciso, identificar a la persona. En etapas avanzadas, puede no reconocerse en espejos, por lo que debemos taparlos o cambiarlos por cuadros. Se aconsejan terapias complementarias como musicoterapia o aromaterapia que estimulan sentidos y coordinación. En la alimentación, valorar posible disfagia.

CONCLUSIÓN: El cuidado de estos pacientes es complicado debido a la degeneración gradual e irreversible. La persona debe adaptarse a la pérdida de habilidades básicas. Enfermería pone en marcha no solo cuidados del paciente, sino una formación de su entorno.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, DEMENCIA, ALZHEIMER, EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PARKINSON

JUAN CARLOS TOLEDANO HERRADOR, BELEN MONTILLA MIRANDA, MARIA ARACELI CABRERA MOLINERO

INTRODUCCIÓN: Es una de las enfermedades neurológicas degenerativas con más repercusión en nuestra sociedad, se caracteriza por pérdida o destrucción progresiva de neuronas; son las dopaminérgicas (sustancia encargada del control del movimiento del cuerpo). Este déficit de nivel de dopamina situado en la sustancia negra del cerebro hace que se agraven con el tiempo los síntomas característicos: temblor, rigidez muscular, lentitud de movimientos o bradicinesia y alteración de la marcha y de los reflejos posturales. La causa es desconocida, siendo a su vez un trastorno edad-dependiente, un 72% de pacientes inician su sintomatología a partir de los 50 años.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados de enfermería y recomendaciones antes el paciente con Parkinson.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos y buscadores de evidencia científica en inglés y español: Guía Salud, PubMed y Cocharene. Descriptores utilizados han sido: Enfermedad de Parkinson, cuidados enfermería, síntomas, tratamiento.

RESULTADOS: Se le facilita al paciente que exprese sus dudas y temores, se intenta conocer acerca de sus perspectivas, se le proporciona información referente a su enfermedad y los fármacos que consume, evitando provocar reacciones de alarma. Se realiza un plan de cuidados individualizado a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon y realizando múltiples test: Barber, acvd –índice de Katz-, Tinetti, Pfeiffer, Yesavage, Golberg, acvd-Barthel Conocer los primeros síntomas y realizar un diagnóstico precoz ayudará a las expectativas de calidad de vida del paciente, teniendo una mejor aceptación al tratamiento y manteniendo sus funciones vitales. Apoyo familiar fundamental para mantener todas las actividades y hábitos cotidianos diarios (higiene, alimentación, ejercicio...). Explicar dudas relacionadas con el transcurso de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: Saber que el apoyo familiar es crucial para mantener un estilo de vida cotidiano dentro de sus limitaciones, adoptando un papel cuidador esencial tutelado por el cuadro sanitario necesario para la orientación y elección de su tratamiento y cuidados.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, TRATAMIENTO, ENFERMEDAD DE PARKINSON, SÍNTOMAS.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN RESIDENCIAS

FRANCISCO JESÚS GAGO MARTÍN, MIGUEL ÁNGEL FERNANDEZ RUIZ, MARINA GARCÍA PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 78 años de edad, 1'62m y 55 kg. Ingresa en residencia procedente de un centro médico donde estuvo ingresada por neumonía. Actualmente curada del proceso de neumonía, padece deterioro cognitivo en estudio por posible Alzheimer y presenta una herida en el sacro.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras la valoración inicial del paciente, nos damos cuenta que presenta una úlcera por presión (UPP) en el sacro de 4x4 cm de grado III con tejido necrótico y esfacelos sin grandes signos de infección. Los familiares nos comunican que anteriormente al ingreso no lo tenía y que durante los 10 días que estuvo ingresada estuvo la mayoría del tiempo acostada. Signos vitales al ingreso: TA 125/70, FC 80, T°36'3.

JUICIO CLÍNICO: Úlcera por presión de grado II. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tomamos muestra del lecho de la herida para descartar infección por algún patógeno.

PLAN DE CUIDADOS: Se obtiene muestra del lecho de la UPP para descartar infección y se procede a desbridamiento enzimático de la herida, utilización de apósitos hidrocoloides e hidrogeles (cura en ambiente húmedo), con cambios posturales cada 2 horas, vigilancia de la lesión diaria con anotaciones sobre su evolución, se mantiene al paciente hidratado y con dieta rica en proteínas.

CONCLUSIONES: En pacientes con deterioro cognitivo y deterioro de la movilidad es importante que mantengan una buena dieta e higiene y si van a permanecer tiempo en cama, como en este caso, es importante la movilización precoz y los cambios posturales para reducir el riesgo o evitar las UPP, así como hacer una buena valoración del paciente, incluyendo herramientas o escalas que nos ayuden a valorar el riesgo, como la Braden.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA, RESIDENCIA, DESBRIDAMIENTO, CURAS.

EL USO DE COLAGENASA EN EL DESBRIDAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA ÁNGELES QUIÑONES DELGADO, JERÓNIMO MALDONADO ROLDÁN, RAQUEL CASTILLO SÁNCHEZ-HEREDERO

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión son unos de los problemas más graves en los pacientes inmovilizados, sobretodo en la población anciana. Llegando a causar consecuencias tan graves como la infección sistémica y la muerte.

OBJETIVOS: Demostrar la efectividad de la colagenasa como desbridante, respecto a otras técnicas.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica mediante la base de datos "ScienceDirect", de Elsevier y Pubme. Utilizando los descriptores: úlceras por presión, desbridar, colagenasa. Se revisan artículos y guías de recomendaciones más recientes. Analizamos la información y exponemos resultados.

RESULTADOS: La experimentación apoya la necesidad del desbridamiento de las heridas para su correcta curación. El uso de la colagenasa es efectivo en el desbridamiento de heridas más que cualquier hidrogel o apósito hidrocoloide aplicado, ya que reduce el tejido necrótico en menos tiempo, mejorando el tiempo de curación de las heridas. Sin embargo, no hay pruebas concluyentes de que la colagenasa produzca el desbridamiento de la herida en menos tiempo que con el uso de un apósito de poliacrilato. No tiene la efectividad del desbridamiento quirúrgico, pero elimina muchos inconvenientes de este último.

CONCLUSIÓN: No hay estudios concluyentes que demuestren que la colagenasa es el mejor método para desbridar las úlceras por presión, aunque en la práctica si que se demuestra su efectividad reduciendo el tiempo de curación de las heridas.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERAS POR PRESIÓN, DESBRIDAR, COLAGENASA, HIDROCOLOIDE.

ACTUACIONES ANTE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

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

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer constituye la demencia más frecuente a nivel mundial, con tendencia al aumento. Actualmente existen diferentes fármacos que tratan de mejorar las alteraciones de la memoria y con ello las diferentes funciones cognitivas, aunque su éxito es pobre. Esta enfermedad es degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida, de comienzo insidioso y evolución progresiva hasta el desenlace de muerte. Entre los factores predisponentes a padecer esta enfermedad están los genéticos, infecciosos, neuroinmunes, proteicos, cerebrovasculares, neurometabólicos, neurotóxicos, traumáticos y psicosociales. Se caracteriza por un deterioro de la memoria, orientación y el discernimiento. El enfermo no puede aprender nuevos sucesos, no reconoce lugares, situaciones, objetos o familia, presenta dificultad para la realización de actividades cotidianas, trastorno en el lenguaje, actividad motora y el cálculo.

OBJETIVOS: Analizar la enfermedad del alzheimer y su evolución.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Con estos pacientes afectados se debe establecer un clima de confianza y seguridad. Actuando sobre cada una de las diferentes áreas afectadas, se puede conseguir mejorar la calidad de vida del enfermo, familia o cuidador.

CONCLUSIÓN: Es una enfermedad de edades avanzadas, que afecta a las capacidades intelectuales y a la vida cotidiana en general, el conocimiento de las fases de esta enfermedad y su evolución facilitará el trabajo con estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, DEMENCIA, DEGENERATIVA, ENFERMEDAD.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN DEL GRADO DE FRAGILIDAD EN PACIENTES DEPENDIENTES

MARÍA DEL MAR SERRANO MOYA, INMACULADA ÁLVAREZ VÁZQUEZ, ANA GONZALEZ MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: Diseñar una escala que permita categorizar a los pacientes frágiles en diferentes grados, según niveles de complejidad de cuidados. Establecer para cada nivel de complejidad unas intervenciones mínimas a desarrollar tanto con el paciente como con su cuidadora.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados adecuándolos a las diferentes necesidades que presentan los pacientes frágiles.

METODOLOGÍA: Por consenso de expertos se realizaron varias reuniones y, se creó una escala síntesis del índice de fragilidad y del índice de comorbilidad, a la que se añadió la escala de valoración sociofamiliar y la inclusión o no inclusión del paciente en el proceso de pluripatológicos. La aplicación de dicha escala dio lugar a la creación de tres niveles de clasificación, pacientes frágiles, nivel intermedio, nivel alto: La finalidad de la escala determinar para cada nivel de complejidad un plan de atención domiciliaria estándar, conlleva un régimen de visitas por parte del personal de enfermería y médico, con una serie de actuaciones tipo en función de la categoría de cada grupo, además de aquellas intervenciones específicas características de cada paciente.

RESULTADOS: El 33.8% De los pacientes fueron clasificados como nivel bajo, el 54.3% Como intermedio y sólo el 10,7% como nivel alto. Tras analizar los resultados después de 9 meses de implantación de la escala se ha observado que el número de visitas domiciliarias programadas se adecua a las que previamente se determinaban según nivel de complejidad del paciente, lo cual repercute en la mejora de la gestión de los recursos disponibles para garantizar una buena calidad en los cuidados que éste precisa, y en aumentar la satisfacción con la atención sanitaria por parte de la cuidadora.

CONCLUSIÓN: La utilización de una escala de clasificación de pacientes frágiles resulta útil para obtener información que nos ayude a gestionar mejor los cuidados, aumentando con ello la calidad en la prestación de los mismos.

PALABRAS CLAVE: TCAE, UTILIDAD, APLICACION, GRADO FRAGILIDAD, PACIENTES DEPENDIENTES, ESCALA DE VALORACION.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN CON CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE CALIDAD

MARÍA DE GUÍA ANDRADA CABALLERO

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) son lesiones que se producen en la piel y tejidos como consecuencia de la presión prolongada sobre un mismo plano. Las UPP también se pueden producir por fricción, humedad continua, arrugas en ropa y sábanas. El tratamiento más recomendado para las UPP es la prevención, que mejora satisfactoriamente la integridad cutánea de las personas.

OBJETIVOS: Identificar medidas de prevención de las úlceras por presión.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica limitada al intervalo de los años 2002–2016 en las bases de datos Cochrane, Cuiden Plus, Scielo, Google Académico. De un total de nueve documentos hemos seleccionado dos por presentar los siguientes criterios de inclusión: libre acceso, artículos a texto completo, en idioma español e inglés.

RESULTADOS: Para prevenir la aparición de las UPP, según la metodología y estudios realizados se debe llevar a cabo las siguientes actuaciones: realizar cambios posturales individualizados cada dos horas para liberar la presión en zonas de apoyo y zonas prominentes, evitar el arrastre cuando las personas se encuentran en cama y la humedad, es importante que en las camas no haya presencia de arrugas, añadir diariamente hidratación con ácidos grasos hiperoxigenados en aquellas zonas de mayor riesgo, elevar el cabecero de la cama lo menos posible.

CONCLUSIÓN: En definitiva, la mejor estrategia que podemos elegir contra las UPP es la prevención de las mismas. De los aspectos más importantes a destacar para la prevención de las UPP, es la realización de cambios posturales realizados bajo el seguimiento de un protocolo, así mantendremos una correcta calidad de vida en las personas.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERAS POR PRESIÓN, CALIDAD, PREVENCIÓN, CUIDADOS.

CUIDADOS DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA EN RESIDENCIA DE ANCIANOS

ANTONIO CAÑERO AGUILERA, JOSE LUIS VIDAL LORENZO, GLORIA AGUILERA MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: La incontinencia urinaria es la pérdida del control vesical e implica un importante impacto psicológico y social. Existen diferentes tipos de incontinencia: Incontinencia de esfuerzo: es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal. Incontinencia por inestabilidad vesical: Alteración del reflejo miccional. Incontinencia por rebosamiento: Cuando se tienen vejiga llena se orina sin acudir al baño.

OBJETIVOS: Determinar que a través de la formación se adecua el número de absorbentes utilizados y personalizar el tipo de absorbentes a cada paciente sin que afecte la integridad cutánea y sin riesgo de infecciones.

METODOLOGÍA: Estudio en una residencia de ancianos en las que hay 30 pacientes, de los cuales 8 son incontinentes. 15 Son pacientes con incontinencia total, 5 con incontinencia de urgencia y 2 de esfuerzo. Método empleado formación del personal sanitario a hacer una buena higiene, lavar y secar la zona en cada cambio. Hidratación de la piel. Correcta colocación del absorbente según la postura del paciente. Se estudia el tipo de incontinencia de cada paciente así como las correctas medidas de cintura y cadera para ajustar su talla y evitar fugas. Se utilizan diferentes tipos de absorbentes, según tallas y tipos de incontinencias.

RESULTADOS: Se adecua la prescripción de absorbentes al tipo de pacientes por lo que se produce un ahorro significativo en la cantidad de absorbentes utilizados en un día reduciendo el gasto económico sin interferir en la aparición de infecciones ni poner en riesgo la integridad cutánea.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que utilizando 3 absorbentes al día, el paciente no pondrá en riesgo su integridad cutánea ni la aparición de infecciones urinarias, que se mantendrá seco y sin olor.

PALABRAS CLAVE: INCONTINENCIA URINARIA, HIGIENE, HIDRATACIÓN, ANCIANO.

ANÁLISIS DE PACIENTE CON SÍNDROME FEBRIL

ANA BELEN GAMEZ CABRERA, YASMINA GALLARDO FERNÁNDEZ, MARIA DE LA LUZ DIAZ HUESCA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 77 años que desde ayer tiene pérdida de apetito, malestar general, decaída, febril, náuseas y malestar abdominal. No tiene alergias a medicamentos conocidos. No padece hipertensión, ni diabetes, ni dislipemias. Ca renal izquierdo irreseccable en estadio IV, anemia ferropénica crónica y osteoporosis. Portadora de pañal diurno y nocturno.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ta 140/80 mmHg FC 91 lpm FR 14 rpm Tª 38.1°C Regular estado general, consciente y orientada, buena coloración de piel y mucosas, bien hidratada y perfundida, auscultación cardiorrespiratoria con ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, buen murmullo vesicular. Abdomen blando, depresible y no doloroso. Puño percusión renal bilateral dudosa. Dolor a la palpación lumbar. Se extrae analítica (hemograma, bioquímica y coagulación) además de sistemático de orina y Rx de tórax (sin alteraciones respecto a previas) Durante el ingreso también se le realiza Tac de abdomen con contraste.

JUICIO CLÍNICO: Deterioro del estado general en paciente oncológica; síndrome febril con probable relación a ITU; lumbalgia, a descartar metástasis ósea. **PLAN DE CUIDADOS:** Se procede a tratamiento antibiótico y antipirético durante su estancia en el hospital. El resultado del TAC aporta un aumento de la masa renal izquierda, hundimiento de platillo superior de L3 en lado derecho con presencia de hernias intraesponjosas en diferentes niveles vertebrales lumbares, resto normal.

CONCLUSIONES: Refiere mejoría del estado general tras varios días de tratamiento y se aprecia un mejor control de la TA y Tª. Una vez se lleve a cabo el alta de la unidad deberá seguir bajo control por su médico de atención primaria y oncólogo. Por nuestra parte recibirá una serie de cuidados que podrá seguir en casa para evitar futuras infecciones de orina como cambio adecuado de pañales, higiene de la zona, adecuada hidratación.

PALABRAS CLAVE: FIEBRE, CUIDADOS, INFECCIÓN, GERIATRÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PIE DIABÉTICO

MARÍA RUIZ ZAMBRANA, CELIA MARIA CORDOBA MORALES, MARIA VICTORIA MARTINEZ ALCANTARA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 78 años que ingresa en la residencia Caridad y Consolación acompañada de su hija. Antecedentes personales: HTA, demencia senil, poliartrrosis, FA, vértigos y diabetes mellitus tipo II. Cuando se realiza la exploración de MMII presenta úlcera grado 2 en pie derecho.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Necesidades básicas 1,2,3,4,8 y 9 de Virginia Henderson alteradas. Glucemia 235 mgr/dl, temperatura 36,1°C, FR 18 r. P. M, F. C 71ppm, TA: 130/75 mm Hg, 97% Sat O2. Test de Barber 4, incontinencia urinaria. Barthel 40, escala Lawton y Brody 1, escala de riesgo de caídas múltiples 11, test de Pfeiffer 6, MNA 16, Norton 12. Presenta movilidad articular limitada y lesión cavitada en base de 1º dedo de pie derecho de 0,7cm3 de superficie con exudado moderado. Morfología oval. Pulsos tibiales y pedios presentes.

JUICIO CLÍNICO: Úlcera de pie diabético. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Gestión ineficaz de la propia salud, perfusión tisular periférica ineficaz, deterioro de la integridad cutánea y tisular, deterioro de la movilidad física, ansiedad, riesgo de caídas y riesgo de infección.

CONCLUSIONES: Aproximadamente $\frac{1}{4}$ de los pacientes diabéticos presentará una úlcera en el pie a lo largo de su vida. Es fundamental que se realicen periódicamente exploraciones, pruebas complementarias y educación sanitaria para la promoción y prevención de la salud del paciente diabético. Cuando se abarca una lesión de estas características se debe: prevenir el riesgo de infección y controlarla en caso de que apareciese (un cultivo del exudado es fundamental para identificar el agente causante y delimitar el tratamiento más efectivo), gestionar de forma adecuada el exudado utilizando el apósito que mejor se adapte a las características de la lesión y en este caso en concreto, además, a la zona cavitada, evitar la presión constante en el área dañada y utilizar diversas medidas que ayuden en la cicatrización de la lesión y en la prevención de recidivas.

PALABRAS CLAVE: PIE DIABÉTICO, CUIDADOS, ENFERMERÍA, SALUD, ÚLCERA.

LA IMPORTANCIA DE LA DIETA EN EL ANCIANO

MARIA CONCEPCION GUTIERREZ ALVAREZ, INES RIOS ALVAREZ, MARIA TERESA ALVAREZ TESTON, MARIA CRUZ GIL MACHADO, JOHANA MIRANDA MORAIS, ANA ISABEL FERNANDEZ MENENDEZ

INTRODUCCIÓN: Se define como estreñimiento la defecación infrecuente y el esfuerzo defecatorio excesivos; es un problema común en las personas de edad avanzada, con una prevalencia de hasta el 80% de la población siendo más habitual en mujeres que en hombres. El estreñimiento es causado por una combinación de factores como son: dieta poco adecuada y carente de fibra, fibra, vegetales, fruta y un consumo insuficiente de líquidos (zumos, infusiones, caldo) que añadido a la falta de movilidad por impedimento físico, apatía y depresión, en ocasiones causadas por enfermedades crónicas que llevan asociadas una gran ingesta de fármacos.

OBJETIVOS: Determinar medidas para ofrecer la formación necesaria al TCAE sobre la importancia de una adecuada alimentación en el anciano para prevenir el estreñimiento crónico.

METODOLOGÍA: Se hace una revisión bibliográfica de diferentes fuentes entre ellos: Google académico, manual de protocolos y procedimientos generales "Hospital Universitario Reina Sofía".

RESULTADOS: Introduciendo los cambios adecuados tanto en su actividad física diaria como en su dieta que ayudan a regular el peristaltismo intestinal de una forma natural como son: verduras, frutas, fibra (legumbres, cereales integrales) y suficientes líquidos así como el uso de prebióticos para conseguir volver a unos hábitos intestinales adecuados.

CONCLUSIÓN: Se comprueba que con la formación adecuada del TCAE en nutrición se puede ayudar tanto a las familias como a los enfermeros para evitar intervenciones más agresivas e invasivas con los fármacos (laxantes) y enemas.

PALABRAS CLAVE: DIETA, FIBRA, LAXANTE, ANCIANO, ESTREÑIMIENTO.

PLAN DE CUIDADOS: CATARATAS EN EL ENVEJECIMIENTO

MARIA INMACULADA LOPEZ FERNANDEZ, MARIA ROCIO PRADOS CARMONA, OLGA AGUILERA MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 77 años hipertenso y diabético, refiere haberse golpeado la pierna derecha con uno de los maceteros que rodean la plaza del pueblo. Durante la entrevista comenta que en los últimos 4-5 meses ha dado varios tropezos, ve poco y visión como nublada. También menciona que no tolera la luz del sol directa ni luces y por las noches desde hace unas semanas ha decidido no salir de casa por miedo a caerse.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración de la pierna no se observa ningún tipo de herida. En la exploración ocular presenta cataratas en ambos ojos siendo más pronunciada en el OD.

JUICIO CLÍNICO: Pérdida de visión. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cataratas ambos ojos.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico: Riesgo de traumatismo r/c mala visión. NOC: 1902. Control del riesgo: controla los factores de riesgo ambientales (190202). 1912 Caídas: Caídas caminando (191202). NIC: Educación para la salud (5510). Manejo ambiental: seguridad (6486). Prevención de caídas (6490). 00148 Temor r/c déficit sensorial m/p sentimiento de temor y conductas de evitación. NOC: 1404. Autocontrol del miedo: Utiliza estrategias de superación efectivas (140406). NIC 5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

CONCLUSIONES: Unas de las alteraciones a nivel sensorial típicas durante la etapa del envejecimiento es la aparición de cataratas, llegando en estas edades a cataratas maduras, donde se aprecia el cristalino opaco a simple vista. Siendo como único tratamiento la cirugía, reemplazando el cristalino por una nueva lente, cuando la calidad de vida del paciente está afectada y en especial por el alto riesgo de caídas que puede darse, tanto por el déficit sensorial y además por las características propias del envejecimiento.

PALABRAS CLAVE: CATARATAS, ENVEJECIMIENTO, PLAN DE CUIDADOS, CAIDAS.

PEQUEÑOS CAMBIOS DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO

MARIA DEL CARMEN QUESADA BASCUÑANA, MARIA LUCIA CAMPAÑA ORTEGA, MARIA JOSE GARCIA FLUJA

INTRODUCCIÓN: Llegar a un envejecimiento saludable, hay dos actuaciones importantes que nos ayudaran a conseguirlo, la alimentación adecuada y el ejercicio físico.

OBJETIVOS: Analizar la alimentación y el ejercicio físico adecuados.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Alimentación adecuada: El hecho de comer adecuadamente ha de ser un placer, y además una clave de la salud. Es necesario tomar los nutrientes necesarios en una mezcla adecuada de alimentos, que provengan de los cinco grandes grupos. Cereales. Leche y sus derivados. Frutas y vegetales. Carne, pescado y huevos. Grasa y aceites. La actividad física. El ejercicio y la actividad física es una aliado de la salud, pues con la edad se favorece el sedentarismo, por ello hay que estimular el ejercicio, normalizándolo en la vida diaria y adecuándolo a cada persona. Un ejercicio físico adecuado favorece: Mejorando la fuerza y la masa muscular. Disminuyendo los problemas de pérdida de masa ósea. Reduciendo el azúcar en sangre. Mejorando nuestra salud cardiovascular. Disminuyendo lípidos en sangre. La recomendación general a nuestros ancianos, es llevar una dieta lo más rica y variada posible, con las características propias de la dieta mediterránea.

CONCLUSIÓN: Alimentación y ejercicio físico van de la mano. Las necesidad de energía necesaria de una persona joven, adulta y mayor varía, aunque los requerimientos nutricionales no. Por lo que es obligatorio consumir, aquellos alimentos con alta cantidad de nutrientes al igual que otros con efectos beneficiosos como los protectores (ajos, cebollas, pescados, cierto tipo de verduras, cítricos, etc).

PALABRAS CLAVE: ALIMENTACIÓN, EJERCICIO FISICO, ENVEJECIMIENTO, DIETA MEDITERRANEA.

CONTRAINDICACIONES EN LA REALIZACIÓN DEL EJERCICIO EN LOS MAYORES

MARIA JOSE GARCIA FLUJA, MARIA DEL CARMEN QUESADA BASCUÑANA, MARIA LUCIA
CAMPAÑA ORTEGA

INTRODUCCIÓN: Tras numerosos estudios, se ha llegado a la conclusión que existen contraindicaciones en la actividad física en la vejez. Detallaremos de forma generalizada, siempre con la consideración que cada contraindicación se limita a determinados ejercicios.

OBJETIVOS: Determinar las contraindicaciones que se pueden establecer ante la actividad física en las personas mayores.

METODOLOGÍA: Se ha producido una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: A parte de la actividad física, que en necesaria para conservar la masa osea y muscular en la tercera edad, pues es un periodo en el que la pérdida de estas masas es evidente, es de vital importancia una alimentación equilibrada, que en estas edades suele ser baja en proteínas y con déficit de vitaminas. La importancia de una nutrición de calidad sumada al ejercicio físico moderado en los mayores serán claves para mantener la salud.

CONCLUSIÓN: El sedentarismo es el gran enemigo de la población mayor, al igual que el extremo contrario, es decir, el exceso de actividad también puede causar dolencias irreparables.

PALABRAS CLAVE: CONTRAINDICACIONES, EJERCICIO FÍSICO, LÍMITES, PATOLOGÍAS.

SÍNDROME POST CAÍDA EN PACIENTE ANCIANA TRAS SUFRIR UNA CAÍDA ACCIDENTAL EN EL DOMICILIO

INMACULADA MORA SANCHEZ, ALICIA PEINADO PÉREZ, MARIA MAGDALENA CANO VICO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 80 años de edad con antecedentes personales de Insuficiencia cardíaca crónica, insuficiencia mitral severa, fibrilación auricular en tratamiento con Acenocumarol, anemia, hiperuricemia, HTA, Diabetes tipo 2 con ADOs. Acude al servicio de urgencias tras caída accidental hace dos días en domicilio, con fractura de hombro, con tratamiento conservador. A raíz de la caída, refiere pérdida de fuerza en miembros inferiores e incapacidad para deambular.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: FC: 88 lpm, TA: 120/75 mmHG, Tª 36.4° C y Sat O2 90%. Consciente y orientada y colaboradora. Movilidad de miembros inferiores en principio normal, pero imposibilidad para la deambulación. Radiografía de pelvis: no evidencia de alteraciones óseas agudas. TAC craneal: no se observan signos de sangrado intracraneal ni imágenes sugestivas de líneas de fractura.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome post caída. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se descarta patología ósea o neurológica que justifique la incapacidad para la deambulación, estableciendo el diagnóstico Síndrome post caída.

PLAN DE CUIDADOS: Tras no observar alteración física que imposibilite la movilidad de los miembros inferiores se decide observación domiciliaria y aptitud conservadora, junto con la aplicación de un plan de cuidados para pacientes con síndrome post caída que le ayude a afrontar la situación de estrés que presenta tras su caída accidental.

CONCLUSIONES: En pacientes cuya clínica persista a pesar de tomar las medidas adecuadas, se debe indagar en la búsqueda de otra patología u otros problemas que justifiquen la situación que se presenta. Se debe de tener especial cuidado a todas las manifestaciones que presenta la paciente, para ello lo más importante es realizar una valoración integral donde se exploren todos los campos, no solo lo físico, sino teniendo en cuenta también aspectos psicológicos que a veces pueden ser los causantes del problema, como es el caso del síndrome post caída en el caso que se ha detallado.

PALABRAS CLAVE: FRACTURAS, SÍNDROME POST CAÍDA, CAÍDA ANCIANOS, MIEDO CAÍDAS.

ESTUDIO SOBRE LA MALNUTRICIÓN EN LA TERCERA EDAD

MARIA JOSE GARCIA FLUJA, MARIA DEL CARMEN QUESADA BASCUÑANA, MARIA LUCIA CAMPAÑA ORTEGA

INTRODUCCIÓN: Hacerse mayor, trae consigo una serie de cambios fisiológicos en el sistema gastrointestinal, aparecen problemas relacionados con el aporte de nutrientes en la dieta, favorece la aparición o aumentan la probabilidad de que la persona mayor sufra malnutrición. La malnutrición es el resultado de no aportar al cuerpo la cantidad de energía que necesita. Por lo que una ingesta inadecuada de nutrientes nos puede llevar a la malnutrición, como efecto de una dieta poco equilibrada, bien por exceso, bien por defecto, incluso por la alteración en la asimilación, metabolización o absorción de los alimentos.

OBJETIVOS: Determinar los factores que influyen de manera directa en la malnutrición en personas mayores.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Existen diversas facetas que favorecen la aparición de malnutrición en personas mayores, como: Limitaciones funcionales y/o deterioro sensorial, Pérdida de peso, masa ósea y muscular. Trastornos fisiológicos. Minusvalías, alteraciones en el aparato digestivos, estados de la boca, estado de soledad /aislamiento. La población mayor se ha convertido en un grupo de alto riesgo de sufrir malnutrición.

CONCLUSIÓN: El adecuado hábito alimentaria durante la vejez, ayudará a prevenir enfermedades y o a disminuir los efectos de estas.

PALABRAS CLAVE: TERCERA EDAD, MALNUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN, RIESGO, TRASTORNOS.

CONOCIMIENTO DEL USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS

ANGELES RODRÍGUEZ CRESPILO, JUAN FRANCISCO ANGUIANO SANTOS, MARIA CARMEN ECHEVARRIA RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: Las contenciones mecánicas son aquellos elementos que se colocan en el paciente o en el mobiliario cercano a él para evitar posibles riesgos que repercutan en su integridad física, prevenir lesiones a otras personas, evitar daños físicos en el entorno o interrupciones del abordaje terapéutico (arranque de vías, sondas, drenajes...). Estos elementos homologados pueden ser cinturones y chalecos de sujeción, muñequeras, cinturones de cama, barandillas y monos. Su uso debe ser prescrito por un facultativo y deberá ser aceptado por los familiares del paciente.

OBJETIVOS: Determinar los diferentes elementos homologados que disponemos, junto con sus posibles efectos en el paciente. Para que los profesionales implicados cuenten con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para aplicar las técnicas de inmovilización preservando la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA: El método utilizado es la revisión bibliografía de distintas fuentes y bases de datos para la realización, el sevier.

RESULTADOS: Las contenciones mecánicas suponen uno de los medios que dispones para conseguir evitar interrupciones del abordaje terapéutico, daños físicos autoinflingidos, a otras personas o al mobiliario. Aunque también suponen un peligro potencial ya que pueden aumentar el riesgo de defunción, caídas, lesiones graves, aumento de la alteración del paciente.

CONCLUSIÓN: Como conclusión hemos visto que es necesaria una valoración personal del paciente antes de instaurar cualquier tipo de contención. La aplicación de la contención ha de ser evaluada en cada caso de forma particular. Decidir si es necesaria o no, evaluar las consecuencias, los beneficios y los riesgos en función del paciente y del estadio, y utilizarla como última opción después de una correcta contención verbal y farmacológica es muy importante para la buena praxis. Además de respetar los derechos de la persona y estar dentro del marco legal y ético.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIONES MECÁNICAS, ANCIANOS, ÉTICA, DEMENCIA, SEGURIDAD.

PACIENTE GERIÁTRICO CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

MARIA ELENA TITOS MARTÍNEZ, VERONICA GUZMAN PECINO, ANA TITOS MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 71 años de edad, que acude a su médico de Atención Primaria junto a su familia por apatía, pérdida de memoria a corto plazo y en ocasiones desorientación. Refieren la aparición de dichos síntomas desde hace unos 2 años con aumento en los últimos meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física se observa a la paciente sin preocupación ante los síntomas y con escasa fluidez verbal. En el estudio neuropsicológico se refleja falta de atención, desorientación temporal y espacial, dificultades en memoria a corto plazo, fallos en cálculo mental simple y anemia. Hemograma: normal; Electrocardiograma: sin alteraciones; radiografía de tórax: normal. Tomografía Axial Computarizada de cráneo: muestra atrofia de predominio parietal bilateral; Electroencefalograma; con discreta lentificación difusa del trazado.

JUICIO CLÍNICO: El deterioro neuropsicológico insidioso y progresivo junto con los exámenes de laboratorio y de neuroimagen que descartan otros tipos de demencia, establecen el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer se basa en la observación de los síntomas clínicos, por lo que es importante descartar el deterioro cognitivo asociado a la edad, el estado confusional, la depresión, las enfermedades psiquiátricas y otro tipo de demencias y alteraciones neurológicas.

CONCLUSIONES: La Demencia tipo Alzheimer es la causa más frecuente de demencia en la población de la tercera edad, es un trastorno degenerativo producido por la pérdida gradual de neuronas cerebrales. La enfermedad afecta a las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Actualmente se desconoce la causa exacta y aunque no se dispone de un tratamiento eficaz, existen además de los farmacológicos, tratamientos como la fisioterapia, musicoterapia, logopedia o la terapia ocupacional que mejoran la vida del paciente. En este tipo de enfermedades es necesario un tratamiento Multidisciplinar.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, REHABILITACIÓN, LOGOPEDIA, FISIOTERAPIA, MULTIDISCIPLINAR.

IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS

CRUZ MARIA ALVAREZ SEGURA, ANA ISABEL RAMOS RAMOS, CARMEN MARIA NIETO GARRIDO

INTRODUCCIÓN: Los pacientes encamados durante largos periodos de tiempo sufren el llamado Síndrome de desuso. Este síndrome provoca un deterioro de los tejidos del cuerpo o alteran el funcionamiento como consecuencia de la inactividad musculoesquelética. Una de sus principales consecuencias es la aparición de Úlceras por Presión (UPP). Suelen aparecer en las superficies de apoyo, sobre todo en prominencias óseas. Cuando aparecen pueden producir consecuencias nefastas. De ahí la importancia en su prevención, aumentando la calidad de vida del paciente y conservando su estado de salud.

OBJETIVOS: Analizar los beneficios que producen los cambios posturales en pacientes encamados.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane, Scielo, PubMed y Medline. Se analizaron artículos cuya publicación fuera entre 2005 y 2015 y cuyo idioma fuera castellano o inglés. Se utilizaron las siguientes palabras clave: cambio postural, encamados, úlceras, beneficios. Se analizaron un total de 40 artículos de los cuales se seleccionaron para el estudio 20. El resto no se ajustaban a los criterios de inclusión. Tras examinar artículos de revisión, ensayos clínicos aleatorios y protocolos, uno de los más destacados fue el realizado por Defloor y Vanderwee. En él se evalúa la eficacia de los cambios posturales junto con superficies especiales para el manejo de presiones (SEMP).

RESULTADOS: Tras la realización de la revisión bibliográfica, los cambios posturales resultan esenciales para evitar la aparición de úlceras por presión en pacientes encamados. Asimismo, si dichos cambios se combinan con superficies especiales para el manejo de presiones, tales como colchones antiescaras, conseguimos que se produzca una disminución en la frecuencia de su aparición.

CONCLUSIÓN: Una de sus principales consecuencias es la aparición de Úlceras por Presión (UPP). Suelen aparecer en las superficies de apoyo, sobre todo en prominencias óseas. Cuando aparecen pueden producir consecuencias nefastas. De ahí la importancia en su prevención, aumentando la calidad de vida del paciente y conservando su estado de salud.

PALABRAS CLAVE: ULCERAS, PREVENCIÓN, CALIDAD DE VIDA, DETERIORO.

ABUSO DE PSICOFÁRMACOS EN ANCIANOS CON DEMENCIA

BEATRIZ SARMIENTO ESCOLANO, YOHANA GARCIA MOLINA, ANTONIO LOZANO BELMONTE

INTRODUCCIÓN: Sobrerrecetar psicofármacos (ansiolíticos, sedantes y antidepresivos tricíclicos) a los ancianos con demencia puede mermar su capacidad cognitiva y causarles problemas de rigidez y somnolencia. Por ese motivo, los expertos aconsejan racionalizar la prescripción de estas sustancias y limitarla a los casos estrictamente necesarios. En caso de ser necesario su uso, revisar la información disponible tanto relacionada con el propio fármaco como con las posibles modificaciones que la enfermedad puede imponer.

OBJETIVOS: Establecer medidas no farmacológicas para tratar la demencia y, en caso de no ser efectivas, añadir un tratamiento con medicamentos para paliar los síntomas.

METODOLOGÍA: La metodología seguida para la realización de este póster se realizó basándose en información de artículos publicados en PUBMED y SCIELO.

RESULTADOS: El abuso de psicofármacos para tratar la demencia, puede empeorar dicha enfermedad. Se podría reducir la prescripción de psicofármacos para tratar los síntomas psicológicos conductuales de estos ancianos dementes ofreciendo formación al profesional.

CONCLUSIÓN: Revisar las pautas de medicación y ofrecer formación a los médicos, para adecuar la prescripción en el estado general del paciente y su clínica. La prescripción psicofarmacológica en ancianos con demencia u otras enfermedades requiere una mayor atención en la elección, dosificación y seguimiento del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, PSICOFÁRMACOS, ANCIANOS, PSICOGERIATRÍA.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

FÁTIMA ISABEL RUIZ RODRÍGUEZ, MARÍA MORALES CASTILLA, MACARENA LOZANO LORCA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 68 años, que ingresa en Nefrología por presentar tos de 12 días de evolución, niveles de creatinina en sangre de 14 mg/dl y oligoanuria sin globo vesical. Tras varios días de hospitalización se le diagnostica insuficiencia renal aguda (IRA) que requiere inicio de varias sesiones Hemodiálisis (HD). Presenta antecedentes personales de EPOC y diabetes mellitus tipo 2. El paciente está consciente y orientado, afebril y normotenso. Vive con su esposa y tiene dos hijos. Refiere estar preocupado por su situación actual y por ello, tiene problemas para conciliar el sueño. Manifiesta verbalmente tener miedo a la evolución y desenlace de su enfermedad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica sanguínea. Ecografía abdominal Urografía por resonancia magnética.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia renal progresiva. **PLAN DE CUIDADOS:** DXE: Temor relacionado con desconocimiento de la evolución y desenlace de su enfermedad, manifestado por dificultad para conciliar y mantener el sueño y por expresiones verbales del propio paciente. NOC: El paciente identificará las formas más eficaces de enfrentarse a su temor. NIC: Valorar el nivel de temor que presenta el paciente y los conocimientos que tiene acerca de su enfermedad. Explicar al paciente lo referente a su enfermedad y al tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. DXE: riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con prurito y manifestado por expresiones verbales del paciente de picor intenso. NOC: El paciente mantendrá la integridad cutánea y participará en las actividades para prevenir lesiones cutáneas. NIC: Enseñar al paciente algunas medidas para suavizar y refrescar la piel. Realizar cambios posturales.

CONCLUSIONES: Tras el alta hospitalaria el paciente adquiere los conocimientos necesarios sobre su enfermedad, el tratamiento médico y hábitos saludables. Por ello, disminuye su ansiedad y temor. Además refiere que tiene menos problemas para conciliar el sueño. La educación sanitaria recibida por la enfermera le ha servido de ayuda.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, NEFROLOGÍA, ANCIANOS, DIÁLISIS.

EL ASEO GENERAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO ENCAMADO

JUNCAL GARCÍA GARCÍA, ROSA ELENA ALVES RUBIO, BEATRIZ CAMPA FLOREZ

INTRODUCCIÓN: La técnica muy importante con el fin de que el paciente no se sienta incómodo o se puedan producir lesiones. Durante el aseo no solo aprendemos sobre la integridad de su piel, sino también sus sentimientos, la evolución de su enfermedad, sus necesidades, etc.

OBJETIVOS: Determinar el procedimiento que se establece para el aseo general del paciente geriátrico encamado.

METODOLOGÍA: Para llevar a cabo este estudio se buscó información en varias bases de datos con las palabras clave: cuidados del encamado, aseo, higiene, aseo paciente encamado. Junto con experiencias propias y del personal sanitario de distintas residencias gerontológicas y hospitales, que a base de ingresar pacientes con una mala higiene y hacerles durante un periodo de tiempo un aseo correcto (ojos, cara, boca, cuello y hombros, tórax y mama, abdomen, piernas y pies, región genital, espalda y nalga) se ha visto notablemente los beneficios.

RESULTADOS: Se ha demostrado que un buen aseo de cabeza a pies implica tener una piel sana, hidratada y cuidada, previene las úlceras y mejora la circulación, todo ello son unas condiciones claves para el buen desarrollo físico y psicológico del paciente. El buen aseo mejora su calidad de vida, pues con ello puedes prevenir muchas enfermedades e infecciones tales como: gingivitis, hongos, resfriados, etc.

CONCLUSIÓN: El baño debe ser diario, con un secado suave (no fricción) y vigilando zonas de riesgo como pliegues y uñas, para mantener la piel limpia hace que pueda desarrollar sus funciones de protección, secreción y absorción. El TCAE juega un papel muy importante y ante cualquier signo de alerta debe avisar a un superior o familiar. Intentamos mejorar la salud de las personas, conservarla y prevenir enfermedades o infecciones, ayudar a mejorar la buena imagen para facilitar las relaciones interpersonales y con ello elevar su autoestima. Es muy importante hacer hincapié en zonas como boca, ojos, orejas, uñas, etc. Si no se limpian de forma correcta pueden suponer una fuente de gérmenes y microorganismos.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS DEL ENCAMADO, ASEO, HIGIENE, ASEO PACIENTE ENCAMADO.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO

LUCIA NESPEREIRA BAIGORRI

INTRODUCCIÓN: Las úlceras son lesiones de origen isquémico, localizadas en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producido por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Para prevenirlas es importante controlar una serie de factores desencadenantes.

OBJETIVOS: Determinar medidas para disminuir el riesgo de que el paciente encamado presente una úlcera por decúbito, prevenir que el paciente hospitalizado presente úlceras por presión debido a malposición de férulas, gafas de oxígeno, sondas nasogástricas, etc y educar y concienciar al personal sanitario de la importancia de prevenir este tipo de lesiones.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo sobre la evolución de los distintos tipos de úlceras en pacientes hospitalizados, durante el periodo de trabajo en la unidad de geriatría y la consulta de protocolos.

RESULTADOS: A través de todos los datos recogidos y según datos estadísticos, la mayoría de las UPP se producen por un déficit de la calidad de los cuidados, motivado a veces, por la elevada carga asistencial y otras por el desconocimiento del personal. También está influenciado por el déficit que pueda presentar el paciente, como malnutrición, sequedad de la piel, etc.

CONCLUSIÓN: La actualización y la puesta en práctica de protocolos y guías clínicas basadas en evidencia científica supone un avance importante en la prevención de las UPP en el paciente con alto grado de riesgo de UPP.

PALABRAS CLAVE: PIEL, ÚLCERA, EDUCACIÓN, PREVENCIÓN.

MUSICOTERAPIA EN PACIENTES CON ALZHEIMER APLICADO A LA ENFERMERÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ANDRÉS FUENTES SOTO, ALEJANDRO SANCHEZ-MERENCIANO GARCIA, GREGORIO ROMERO CANDEL, BLANCA MONTEAGUDO JUNCOS, DAVID MARIN MARTINEZ, JOSE VICENTE FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: Nos encontramos en una sociedad cuya población es cada vez más longeva. Con el paso de los años aumenta la cifra de pacientes con Demencia siendo la más común el Alzheimer. Aunque no existe cura para esta enfermedad, recurrir a terapias complementarias (T. C.) Mejora la calidad de vida de los pacientes. Dentro de las T. C. Se encuentra la Musicoterapia (M. T.) La cual utiliza la música y sus elementos para mejorar la comunicación, el aprendizaje, movilidad... El profesional de enfermería trabaja a diario con personas con este tipo de demencias, especialmente en residencias de la tercera edad. Aplicar la musicoterapia trabajando desde un punto de vista multidisciplinar junto con un Musicoterapeuta ha demostrado en numerosos estudios que ayuda a reducir el nivel de ansiedad, agitación entre otros muchos beneficios.

OBJETIVOS: Analizar la trascendencia que tiene la Musicoterapia en los enfermos de Alzheimer integrada en el trabajo de Enfermería.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio descriptivo transversal mediante la búsqueda bibliográfica de trabajos en las bases de datos nacionales Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden Plus y Biblioteca Virtual en Salud e internacionales Cinahl.

RESULTADOS: Los beneficios de la musicoterapia incluida dentro de la actividad enfermera, ha demostrado a nivel general que los pacientes de Alzheimer presentan una reducción de su estado de ansiedad, aporta relajación, distracción e incremento de comportamientos positivos en la esfera cognitiva, conductual y emocional. Además se ha comprobado que si una persona con Alzheimer recibe estimulación de Musicoterapia entre otras T. C. Desde las primeras fases más iniciales de la enfermedad, el avance de esta se ralentiza, de ahí también destacar la importancia del trabajo multidisciplinar.

CONCLUSIÓN: Toda la información recabada pone manifiesto la necesidad de realizar más investigaciones y una mayor evidencia para poder establecerla como un modelo eficaz de tratamiento y control de los síntomas de estos pacientes y mejora de su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: MUSICOTERAPIA, ALZHEIMER, DEMENCIA, MUSICOTERAPEUTA, TERAPIAS COMPLEMENTARIAS.

SÍNDROME BURNOUT EN CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES

ADRIAN FARAUSTE RODRIGUEZ, ROCIO PERIAÑEZ AGUILERA, GEMA ROCIO ABREU RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: La vida de una cuidadora cambia a consecuencia de la demanda que precisa la persona dependiente; cambia su forma y calidad de vida. Suele ser mas habitual que los cuidadores informales presenten este tipo de síndrome, ya que tienen menos recursos y se desvinculan menos de la persona dependiente.

OBJETIVOS: Identificar los principales signos del síndrome de burnout en los cuidadores. Analizar medidas para prevenir el síndrome.

METODOLOGÍA: Se ha realizado búsqueda bibliográfica en base de datos científica (scielo) y en google, revisando varios artículos.

RESULTADOS: El síndrome burnout o síndrome del quemado, se caracteriza por la presencia de síntomas de agotamiento emocional y despersonalización en el trato al paciente. Cuando los cuidadores son familiares, estos cuidados tienen consecuencias físicas y psíquicas sobre ellos; presentan cansancio físico y emocional, deterioro en su salud y falta de tiempo para su propio autocuidado, también interfieren sus relaciones sociales y reduce su tiempo libre. Mantener esta situación de estrés, durante un largo período de tiempo o de forma crónica, puede llevar al cuidador a desarrollar un trastorno psicossomático o de estrés. Para evitar llegar a este punto, la clave está en la realización de actividades que supongan una satisfacción para el cuidador, reservar algo de tiempo (aunque sea poco) para sí mismo. Las actividades pueden ser sencillas (una charla, escuchar música, realizar meditación, etc.).

CONCLUSIÓN: Es recomendable la prevención de este síndrome mediante la concienciación, por parte del cuidador y del entorno, de la necesidad de implementar un plan de autocuidados diario, en el que pueda desarrollar actividades para su propio autocuidado y satisfacción personal.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME BURNOUT, CUIDADOS, DEPENDIENTE, SOBRECARGA.

PROGRAMA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS ALTA HOSPITALARIA

LETICIA SIMAO AIEX, MARÍA LAURA MORILLAS FERNÁNDEZ, DOLORES PINEDA TENOR

INTRODUCCIÓN: Los pacientes crónicos suponen un gran desafío al sistema sanitario, ya que necesitan planes de cuidados especiales para sus necesidades. Por tanto, son necesarias herramientas de gestión clínica / gestión de casos, lo que conlleva un proceso cooperativo entre profesional, el propio paciente crónico y su red de apoyo; planificando, monitorizando y evaluando opciones de cuidado de salud según las necesidades personales de cada uno. Con todo ello lo que se persigue siempre es conseguir una atención de calidad, humanizada, intentando preservar siempre la autonomía del paciente.

OBJETIVOS: Identificar los pacientes crónicos subsidiarios de asistencia domiciliaria, cuantificar sus incapacidades funcionales-dependencia, y crear plan de cuidados individualizado.

METODOLOGÍA: Programa implantado en 2009, a 266681 habitantes (microrregión de Cidade Ademar) de 511711 habitantes del área hospitalaria de Pedreira, de 6 UBS São Paulo-Brasil. Formado por equipo central de gestión, con enfermero y trabajador social, que visita 3x/semana al área de observación hospitalaria de referencia, identificando los pacientes crónicos que necesitan mayores cuidados. Se realizan entrevistas a familiares y visitas domiciliarias para continuidad del tratamiento. En cada UBS se asignó un gestor de casos que identifica y registra los pacientes crónicos de su zona, articula las intervenciones del equipo multidisciplinar (médico de familia, enfermero, psicólogo) y elabora el plan de cuidados individualizado.

RESULTADOS: 1354 Crónicos han sido identificados en el hospital y encanados a Atención primaria. Actualmente, 381 personas, de varias unidades, integran el proyecto. Ampliación del vínculo con la UBS, implantación de asistencia domiciliaria y cualificación del cuidado ofreciendo una atención integral y multidisciplinar.

CONCLUSIÓN: Experiencia innovadora para mejor manejo de pacientes con registro sistemático del plan de cuidados, seguimiento, posibilidad de reevaluación y mejoría en el proceso de trabajo para conseguir mejor calidad asistencial y utilización racional/efectiva de recursos, además de mejorar la calidad de vida y satisfacción de los pacientes y familiares.

PALABRAS CLAVE: ASISTENCIA DOMICILIARIA, CALIDAD DE VIDA, EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, ENFERMEDAD CRÓNICA.

PLAN DE CUIDADOS TRAS ALTA HOSPITALARIA DE UNA FRACTURA DE CADERA

FÁTIMA ISABEL RUIZ RODRÍGUEZ, MACARENA LOZANO LORCA, MARÍA MORALES CASTILLA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 85 años pluripatológica, cuya cuidadora es su hija. Tras tener una caída, sufre una fractura de cadera izquierda. Antes de este episodio, era independiente para las actividades de la vida diaria. Tras ser intervenida quirúrgicamente, recibe el alta médica y es atendida por su enfermera de Atención Primaria de Salud, quien le realiza una valoración enfermera.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente presenta una regular percepción del estado de salud; necesita ayuda para la movilidad con material ortoprotésico; tiene problemas de visión por la presencia de cataratas, por lo que necesita usar gafas; refiere presentar ansiedad por la incertidumbre de la evolución de su estado de salud,

JUICIO CLÍNICO: Tras realizar la valoración enfermera, se realiza el plan de cuidados. **PLAN DE CUIDADOS:** DXE: Gestión ineficaz de la propia salud NOC: - Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión. - Conocimiento: Régimen terapéutico. NIC: - Acuerdo con el paciente, - Asesoramiento, - Establecimiento de objetivos comunes - Enseñanza: habilidades psicomotoras. - Enseñanza: procedimiento / tratamiento - Facilitar el aprendizaje - Potenciación de la disposición de aprendizaje - Enseñanza: individual DXE: Gestión ineficaz de la propia salud NOC: - Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión. - Conocimiento: Régimen terapéutico. NIC: - Acuerdo con el paciente, - Asesoramiento - Establecimiento de objetivos comunes - Enseñanza: habilidades psicomotoras. - Enseñanza: procedimiento / tratamiento, - Facilitar el aprendizaje, - Potenciación de la disposición de aprendizaje - Enseñanza: individual.

CONCLUSIONES: Es necesario establecer planes de cuidados para atender las necesidades de los pacientes con fractura de cadera y a sus familiares. Para ello, es necesario llevar a cabo ejercicios de rehabilitación con el paciente, educación sanitaria sobre el proceso de recuperación y atender las necesidades psicosociales producidas durante el proceso de la enfermedad. Estas necesidades pueden ser miedo a la situación de dependencia y a las caídas, afrontamiento ineficaz y cansancio del rol del cuidador.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN A DOMICILIO, ANCIANO FRÁGIL, FRACTURA DE CADERA, ENFERMERÍA.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL ESTREÑIMIENTO EN EL ANCIANO

ANA BELÉN RAMOS PELADO, ALBERTO MENOR RAMOS, MARÍA DEL PILAR RAMOS PELADO

INTRODUCCIÓN: El estreñimiento es una complicación muy prevalente en la población adulta y en los ancianos. Diversas causas pueden provocarlos como la inactividad física, la falta de fibra en la alimentación o las barreras físicas.

OBJETIVOS: Determinar las actuaciones para abordar el estreñimiento en el anciano.

METODOLOGÍA: Revisión de la bibliografía existente acerca de la actuación ante el estreñimiento. Se consultaron las bases de datos Cuiden y PubMed. Los descriptores utilizados fueron “tratamiento”, “estreñimiento” y “ancianos”. Se limitó la búsqueda a los idiomas español e inglés y a los cinco últimos años. Se seleccionaron 12 artículos para su análisis en profundidad, de los cuales se extrajeron los siguientes resultados.

RESULTADOS: Las medidas higiénicas-dietéticas suponen la principal acción, siendo su efectividad superior al 65% (dieta rica en fibra y administración de líquidos al menos 2 litros diarios). Promoción del ejercicio físico regular. Fisioterapia consistente en masaje específico para aumentar la motilidad intestinal. Modificaciones arquitectónicas que favorezcan las posiciones, intimidad y accesibilidad. Administración de laxantes y enemas.

CONCLUSIÓN: Existen formas de tratamiento no farmacológicas cuyo abordaje debería ser la primera elección, para lo cual es necesario la enseñanza al paciente de las diferentes variables terapéuticas, intentando que no se recurra de manera sistemática al tratamiento farmacológico, sin haber llevado a cabo las otras opciones.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, ESTREÑIMIENTO, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN.

ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN EN PACIENTE FRÁGIL

SHEILA PULGARÍN VILCHES, MARIA JOSE PEREZ ORTEGA, RAQUEL GARCIA PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 78 años que acude por anuria de un día de evolución. Refiere última diuresis día anterior a las 17: 00 horas de características normales. Nos comenta que también ha realizado 3 vómitos auto limitados y febrícula de 37.9. No dolor abdominal acompañante. No disnea ni dolor torácico. No otra sintomatología El acompañante refiere que estos días esta bebiendo menos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: SaO₂: 94 ,T°: 35,2 Aceptable estado general. Consciencia y orientación normal. Deshidratación de mucosas. No aumento del trabajo respiratorio, taquipnea ni tiraje. Pulsos radiales simétricos. Tórax: movimientos respiratorios simétricos. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos, roces ni extratonos. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado y simétrico, sin ruidos sobreañadidos. ABDOMEN: se palpa globo vesical, sin defensa, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Laparotomía media con bolsa de ileostomía con contenido normal, ruidos normales. Orina con sedimento. EE: Sin hallazgos. Pruebas complementarias: Hemograma: leucocitos 27170 (N: 94%), Hb 12.6, Plaquetas 280000. Bioquímica: glucosa 84, Cr 3.9(Previa 2.9 Enl 10/1), Na 130, K suero hemolizado. Sistema de orina: 500 leucos, Nitritos negativos, Eritrocitos +3. Resto normal. RX Tórax: sin signos de condensación ni derrame. Ecografía vías Urinarias: Riñones de tamaño normal, con discreto adelgazamiento del grosor parenquimatoso de forma difusa y bilateral.

JUICIO CLÍNICO: Sepsis Urinaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Insuficiencia renal crónica re agudizada.

PLAN DE CUIDADOS: 0004 Riesgo de infección r/c: procedimientos invasivos, control del riesgo, mantenimiento de dispositivos de acceso venoso y sondaje vesical, con el adecuado control de infecciones. 00085. Deterioro de la movilidad física r/c: malestar y el dolor. 00126 Conocimientos deficientes r/c conocimiento: Proceso de la enfermedad. 00126 Ansiedad r/c: cambio en el entorno. Cambio en el estado de salud. Se intenta aumentar el afrontamiento y potenciar la seguridad.

CONCLUSIONES: Se procede a monitorización de constantes y vigilancia de fiebre. Se solicitan hemocultivos, urocultivo y analítica a las 24h. Iniciando terapia ATB.

PALABRAS CLAVE: OLIGURIA, ANURIA, DIURESIS, PICOR, FIEBRE.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO RELACIONADO CON INFECCIÓN RESPIRATORIA

SARA CARMONA PERUYERO, FRANCISCO JAVIER SERRANO PALLARES, MIKEL DIAZ ZABALA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 87 años con deterioro cognitivo, residente en un centro sociosanitario y antecedentes de HTA. Desde hace varios días presenta deterioro generalizado, anorexia, agresividad, disfunción motora en mmii y desorientación temporoespacial, coincidiendo todo ello, con un sd catarral de 3-4 días de evolución. Las TCAE del centro donde reside, la encuentran en el suelo del cuarto de baño, gritando y en un estado evidente de ansiedad. Según la sintomatología asociada y el análisis de las pruebas complementarias, se descarta la ITU como etiología principal, siendo una infección respiratoria, el motivo que desencadena el cuadro. Finalmente, se decide iniciar tto. Antibiótico + antitérmico V. O. Y tras 8-10 días de evolución, la residente se encuentra realizando las ABVD con normalidad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Sat O₂ 85%, T° 38,9 ° C, FC 98x', TA 145/ 85 mm Hg, tira de orina: leu (-); nit(-); sangre(-); prot (-); presencia de tos, secreciones y edemas en MMII con fóvea (-), tiraje intercostal y taquipnea. AP: presencia de sibilancias y crepitantes en base derecha. Consciente, desorientación temporoespacial, discurso coherente que alterna con ideas delirantes.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome confusional secundario a ITU. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infección respiratoria que desencadena un síndrome confusional agudo.

CONCLUSIONES: El sd. Confusional agudo es secundario a una infección (ya sea respiratoria, urinaria...) por lo que no es una enfermedad, es un síntoma. Esto quiere decir, que se debe prestar especial atención a la sintomatología asociada y al resto de pruebas complementarias para diagnosticar la verdadera etiología del problema.

PALABRAS CLAVE: AGUDO, CONFUSIONAL, SÍNDROME, GERIATRÍA, SÍNTOMA.

ACTIVIDADES ENFERMERAS ANTE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL ANCIANO

BEATRIZ SANTA MUÑOZ MORAL, MARTA IZQUIERDO PRADOS, MARIA REYES BRAVO, MARÍA TERESA GUIJARRO ROBLES, FRANCISCO JOSÉ VIDAL MAESTRE, NATALIA ACOSTA CEBALLOS

INTRODUCCIÓN: En las personas mayores, las hemorragias de tipo intestinal son multicausales. Abarcan desde grandes formaciones anatomopatológicas, como en el caso de las úlceras gigantes, hasta las más pequeñas lesiones de las mucosas, y a menudo les provocan anemia, por varias razones, como puede ser por pérdidas ocultas de sangre que se hacen crónicas. Conviene recordar que un divertículo de Meckel, situado en la porción distal del íleon, es causa frecuente de melenas y que éstas, a su vez, suelen ir acompañadas de hematemesis. Por otro lado, es importante tratar dentro de las hemorragias tanto la melena como la hematemesis con atención a las características propias de cada una de ellas.

OBJETIVOS: Identificar la importancia de las actividades enfermeras en estos casos.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía del tema. Se buscó en la base de datos Scielo las palabras clave. Selección de las publicaciones más relevantes, lectura, análisis y comparación de resultados.

RESULTADOS: Las actividades enfermeras en estos casos se caracterizan por ser urgentes, tanto si la hemorragia es de tipo melena como tipo hematemesis, ya que en las personas ancianas representan un riesgo grave.

CONCLUSIÓN: Si existe riesgo de hemorragia hay que trasladar a un centro de urgencias, donde se la realizará: Canalización de una vía y pruebas cruzadas. Inicio de transfusión Control de las constantes vitales y balance hídrico. Si es un paciente con cirrosis evidente, preparación de sonda de Sengstaken para el control del sangrado de las varices esofágicas. Se evitará la movilización de paciente.

PALABRAS CLAVE: MELENAS, HEMORRAGIA, ANEMIA, ANTICOAGULANTE, CIRROSIS, HEMATEMESIS.

ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE ANCIANO CON CRISIS DE ANSIEDAD

BEATRIZ SANTA MUÑOZ MORAL, MARTA IZQUIERDO PRADOS, MARIA REYES BRAVO, MARÍA TERESA GUIJARRO ROBLES, FRANCISCO JOSÉ VIDAL MAESTRE, NATALIA ACOSTA CEBALLOS

INTRODUCCIÓN: Las crisis de ansiedad, también llamadas crisis de angustia o ataques de pánico, las podemos definir como un estado de máxima tensión física y psíquica con alteraciones y varias esferas: Cognitiva (temor, preocupación). Afectiva (disforia, intranquilidad). Conductual (evitación, huida, conductas repetitivas). Física (síntomas y signos somáticos).

OBJETIVOS: Determinar la atención enfermera al paciente anciano con crisis de ansiedad.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de artículos publicados a nivel internacional en relación con dicha patología en los últimos diez años.

RESULTADOS: Proporcionar un ambiente seguro. Permanecer a su lado, mostrando una actitud de empatía y escucha. Valorar patología orgánica. Intentar tranquilizar al paciente, explicándole lo que le está ocurriendo, remarcándole que no pelagra su integridad física ni psíquica. Dejar que el paciente exprese sus sentimientos y pensamientos. Disminuir los estímulos físicos. Vigilar la respiración, intentado que lleve una frecuencia normal. Aplicar, si es posible, técnicas muy sencillas de relajación. Administrar ansiolíticos si están pautados.

CONCLUSIÓN: Los trastornos de la ansiedad se deben identificar a tiempo para una pronta recuperación del paciente. Debemos asumir una conducta de apoyo, ya que la mayoría necesitan comprensión de sus personas más cercanas.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, CRISIS DE PÁNICO, ANCIANO, ANGUSTIA, TENSIÓN FÍSICA, PSÍQUICA.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

MARIA INMACULADA VAZQUEZ MARQUEZ, CRISTINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, YOLANDA QUINTANA DOMINGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 87 años que acude a consulta de enfermería, por derivación médica, para cura de herida en la cabeza. La mujer del paciente explica que ésta se ha producido tras una caída en casa, refiriendo que su marido sufrió un mareo y pérdida de equilibrio. Sus antecedentes personales son: cáncer de próstata, prostatectomía radical, dos caídas en dos años e hipotensión arterial.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física aportó los siguientes datos: TA (decúbito supino): 115/65; TA (de pie): 85/45; FC: 90; saturación de oxígeno: 96%. En la entrevista se observa un estado de confusión y pérdida de memoria acerca de la caída. Se realiza TAC de cabeza cuyos resultados son normales. Se examina la herida en la parte frontal de la cabeza, siendo ésta superficial y de un centímetro. No existen signos de infección. La piel perilesional muestra hematoma leve.

JUICIO CLÍNICO: Hipotensión ortostática. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos tras la anamnesis se ponen en evidencia los diagnósticos enfermeros de riesgo de caídas relacionado con hipotensión ortostática; y el de riesgo de traumatismo relacionado con caídas. Se observó que al tratar el primer diagnóstico, podríamos minimizar el riesgo de traumatismos, lo cual nos llevó a priorizar nuestra atención en el riesgo de caídas.

PLAN DE CUIDADOS: Con el objetivo de prevención de caídas, se llevaron a cabo las intervenciones enfermeras de educación al paciente y cuidadora acerca de las medidas de prevención, así como sobre los factores de riesgo presentes en el individuo. Asimismo, se promovió el uso de dispositivos de movilidad asistida como el andador.

CONCLUSIONES: Las caídas son un problema de salud pública, atribuyéndose el mayor número de caídas mortales a los mayores de 65 años. Por ello, en la enfermería comunitaria orientada al envejecimiento es indispensable un programa de prevención de caídas que incluya educación, detección y seguimiento del riesgo.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, HIPOTENSIÓN, PREVENCIÓN, RIESGO, EDUCACIÓN.

LAS INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA ALICIA IRUELA VIGIL, VIRGINIA MONGE GARCIA, BEATRIZ MESAS GALLARDO

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión, también conocidas como úlceras por decúbito y/o escaras son una lesión isquémica localizada en la piel y/o tejido subyacente con pérdida de sustancia cutánea que se producen como resultado de la presión y/o fricción donde se localiza una prominencia ósea. La importancia de las UPP radica en la gravedad de sus complicaciones: dolor, infección, sepsis y aumento de la morbimortalidad.

OBJETIVOS: Determinar el manejo de las UPP en el ámbito hospitalario.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica y sistemática de artículos científicos encontrados en diversas bases de datos como: Cinahl, Cuiden, Lilacs, Medline, Redalyc y PubMed. Criterios de inclusión: idioma español e inglés. Se realizó una búsqueda a texto completo de artículos desde el 2010 a 2017. Búsqueda realizada en enero de 2018.

RESULTADOS: Los mejores índices de curación debido a que son prácticamente impermeables al agua y proporcionan una barrera efectiva para la pérdida de humedad cuando se aplican en tejido desvitalizado son los hidrocoloides. La capacidad de absorción de bacterias y hongos de un apósito con núcleo de polímero que reduce la absorción de microorganismos como *Staphylococcus epidermis*, *Staphylococcus aureus*, *pseudomonas* y *Candida albicans*.

CONCLUSIÓN: Las UPP son un problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo y es un gran gasto determinado por el envejecimiento poblacional, el crecimiento de la población mundial, la dependencia y el impacto económico de la terapia tradicional. El uso de apósitos en la cura de UPP y/o cicatrización de heridas constituye una alternativa en muchas situaciones ya que disminuye el tiempo de curación, determina un resultado estético de bueno a excelente, minimiza molestias y el número de intervenciones invasivas con buena relación costo/beneficio.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERAS POR PRESIÓN, ESCARAS, APÓSITOS, CICATRIZACIÓN, HERIDAS.

RELACIONES AFECTIVO SEXUALES EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

SEBASTIÁN PÉREZ OLIVO, MARIA DEL CARMEN TORREJON DELGADO, PATRICIA RUIZ GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: La sexualidad en el anciano se va más afectada por aspectos socioculturales que por la relación sexual en sí misma. Los placeres emocionales y psicológicos de la intimidad, las caricias y el contacto de la proximidad física, los éxtasis del acto sexual o el orgasmo, están reservados a cuerpos plenos de juventud. Al igual que las necesidades de alimentación, eliminación o higiene, la familia y el personal del centro deben contribuir a la necesidad de sexualidad del anciano.

OBJETIVOS: Analizar la sexualidad de los ancianos en residencias geriátricas y la influencia del centro en cuestión sobre este tema a nivel familia.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo a través de cuestionario anónimo que recoge las variables de comportamiento sexual (abstinencia, amor-sexo, importancia, etc) y las variables del entorno (confort, intimidad, miedo al qué dirá la familia, etc) así como edad, sexo o estado civil. Muestra de 40 residentes sin alteraciones cognitivas importantes con edades comprendidas entre 68-84 años.

RESULTADOS: El 60% refiere abstinencia total por falta de interés. El 40% restante reconoce tener o haber tenido relaciones afectivo-sexuales en el centro actual o en otro. De este porcentaje, un 35% afirma la influencia de la opinión familiar. Tanto los activos como los abstinentes, refieren que el centro no es una limitación, porque favorece la relación entre residentes y tienen total privacidad en sus habitaciones.

CONCLUSIÓN: Es muy común que las familias no entiendan el nacimiento de nuevas relaciones y mucho menos acepten de forma normal estas decisiones de sus progenitores o abuelos. La convivencia en la residencia de ancianos puede dar lugar a nuevas relaciones de pareja. Es en estos casos, cuando los profesionales del centro deberán de conversar con los familiares del residente hasta hacerles comprender que su familiar está en todo el derecho de tener una nueva relación afectivo-sexual.

PALABRAS CLAVE: RESIDENCIA, FAMILIA, SEXUALIDAD, ANCIANO, INTIMIDAD.

ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO EN EL ANCIANO CON TRASTORNO DE CONDUCTA

SEBASTIÁN PÉREZ OLIVO, MARIA DEL CARMEN TORREJON DELGADO, PATRICIA RUIZ GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: Los trastornos conductuales generan una gran incomodidad en la persona mayor a través de sentimientos de inquietud, angustia, tristeza, enfado, estado de agitación, intranquilidad, insomnio, alucinaciones, caídas, etc. Que hacen disminuir su calidad de vida. En el otro extremo, se hallan los cuidadores que padecen, a veces, situaciones de estrés máximo mediante sentimientos de agotamiento, desgaste, nerviosismo, pérdidas de control, etc. Quizá sea de las labores más complicadas en el ejercicio del TCAE y, por ello, es muy importante gestionar dicha conducta.

OBJETIVOS: Analizar el beneficio de las terapias no farmacológicas en trastornos de conducta en el anciano, en detrimento del tratamiento médico/farmacológico.

METODOLOGÍA: Estudio sobre una persona mayor de 79 años de edad, institucionalizada en residencia geriátrica, con demencia, fronto-temporal, trastorno ansioso-depresivo, trastornos conductuales graves y síndrome delirante añadido. Se lleva a cabo un taller de educación de cuidadores en el manejo de situaciones potenciando las capacidades de: comprensión, distracción, respeto, individualización de conductas y registro de caídas. Se adecuó tanto la seguridad del entorno como la presencia de estímulos. Se evitó la discusión y el enfrentamiento, y se investigaron las causas del malestar.

RESULTADOS: Tras tres meses de puesta en práctica de los conocimientos asimilados por parte del personal auxiliar, se apreció una reducción de un 80% en la medicación de rescate ante casos de agitación/nerviosismo. Se observó un claro beneficio de la musicoterapia en pos de un estado de mayor tranquilidad, así como de la empatía del personal sanitario al interesarse por aquellos factores de preocupación expresados por la residente.

CONCLUSIÓN: La importancia de dar formación al personal auxiliar en el manejo de situaciones, individualizando las conductas de los pacientes y llevando a cabo actividades estimulantes, es primordial para el abordaje de la terapia no farmacológica, que hace decrecer la toma de medicamentos y disminuye el desgaste del propio cuidador.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DE CONDUCTA, EMPATÍA, TERAPIA NO FARMACOLÓGICA, SENTIMIENTOS, PERSONA MAYOR.

TÉCNICAS PARA EVITAR EL DETERIORO TISULAR EN EL ENVEJECIMIENTO

YOLANDA QUINTANA DOMINGUEZ, MARIA INMACULADA VAZQUEZ MARQUEZ, CRISTINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 64 años, acude a consulta porque presenta picazón y tirantez en las piernas sobre todo por las tardes. La paciente trabaja en el campo desde los 30 años, es hipertensa controlada y como antecedentes familiares su madre falleció por infarto cerebral.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente tiene una TA: 140/85, a la exploración de las extremidades inferiores presenta hiperpigmentación supramaleolar y venas varicosas, la porción distal tiene una coloración pálido-cianótica, y presenta alguna pequeña herida. En el Índice tobillo-brazo el resultado es aceptable.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia venosa periférica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos tras la anamnesis obtenemos dos diagnósticos; el primero es el de conocimientos deficientes relacionados con la falta de exposición manifestada por la petición de información por la paciente; y el segundo es el de deterioro de la integridad tisular manifestado por alteración de la circulación.

CONCLUSIONES: Para eliminar y evitar el deterioro de la piel explicamos a la paciente que debe evitar el calor y frío excesivos, evitar rascarse (ya que la tirantez de la piel provocará heridas) e intentar no estar mucho tiempo de pie sin moverse. Además debe realizar ejercicios para favorecer el retorno venoso, hidratarse la piel y utilizar medias elásticas de compresión. Con esta información resolveremos ambos diagnósticos, solucionando la deficiencia de conocimientos y evitando el deterioro tisular.

PALABRAS CLAVE: VENAS VARICOSAS, INTEGRIDAD TISULAR, HIPERPIGMENTACIÓN, PRÚRITO.

ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN EDAD AVANZADA

CRISTINA ALARCON ORTEGA, MARIA DEL PILAR ABIO MARTINEZ, MARÍA ISABEL GALLEGO IGLESIAS, NOEMÍ GARRIDO TÉLLEZ

INTRODUCCIÓN: Uno de los principales problemas psiquiátricos en las personas de edad avanzada es la depresión. Siendo estos síntomas comúnmente asociados a un deterioro cognitivo y funcional, afectando principalmente a la memoria y siendo por tanto un factor de riesgo importante para el desarrollo de demencia en los adultos mayores.

OBJETIVOS: Establecer cómo reducir sintomatología depresiva mediante estimulación cognitiva en personas con edad avanzada.

METODOLOGÍA: Revisión de la literatura reciente a través de la búsqueda en distintas bases de datos.

RESULTADOS: Según la revisión sistemática realizada por Woods et al. , La estimulación cognitiva ha demostrado ser beneficiosa en personas mayores con sintomatología depresiva, no siendo estadísticamente significativa su contribución en la cognición. Este efecto positivo sobre la sintomatología depresiva se mantiene en el tiempo mientras estén presentes las actividades de estimulación cognitiva, decayendo si se interrumpen. Estos resultados fueron después recogidos por artículos como el de Alves et al. , Donde se comparan poblaciones. Evaluando la sintomatología depresiva mediante la GSD-15, llegaron a las mismas conclusiones que la revisión en la que se basaron. Demostrando una diferencia estadísticamente significativa ($F = 7,494$; $p = 0,010$) entre las cifras iniciales y finales del estudio en cuanto a síntomas depresivos. Con conclusiones similares respecto a la cognición. El ejercicio mental descrito por los autores cómo estimulación cognitiva incluye diversas actividades que estimulan el pensamiento y la memoria como juegos de palabras, música, rompecabezas, discusión y debate sobre los eventos pasados y presentes, etc. Estas deben llevarse a cabo por personal entrenado para ellos y en grupos reducidos de 4 o 5 pacientes.

CONCLUSIÓN: Los familiares también pueden ser entrenados para que realicen ellos mismos la estimulación cognitiva. La concienciación de la población es muy importante.

PALABRAS CLAVE: ESTIMULACIÓN COGNITIVA, EDAD AVANZADA, DEPRESIÓN, ENFERMERÍA.

CONSECUENCIAS Y FACTORES DE LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO

MARIA DEL MAR CAPILLA RABELL, VICTORIA DEL CARMEN RUIZ MONTERO, VIRGINIA LOPEZ EGEA

INTRODUCCIÓN: Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra, se considera un importante problema de salud pública y, por lo tanto, es importante detectar a los pacientes de riesgo. Se ha elaborado un plan para prevenir, detectar y actuar ante las caídas.

OBJETIVOS: Analizar los factores de riesgo de las caídas Y determinar la escala de riesgo de caídas más utilizada.

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica: se ha buscado información en las siguientes bases de datos: pubmed, Cochrane, dialnet, donde se han usado los siguientes descriptores: caídas, pacientes de riesgo.

RESULTADOS: Los principales factores de riesgo son extrínsecos e intrínsecos. Extrínsecos: Ambientales: iluminación, suelo resbaladizo, Del entorno: unidad asistencial: altura de camas, tamaño de barandillas, Del entorno del paciente: calzado y ropas inadecuadas, carencia de medios, Del entorno: evacuación y transferencia: medidas de sujeción, transporte, Sociales: ausencia de cuidador, Intrínsecos: Del propio paciente: edad, caídas previas, estado de consciencia, De la enfermedad: Dolor, patología neurológica, respiratoria, Derivados del régimen: diuréticos, tranquilizantes, Derivados de la respuesta ante la enfermedad: conductas de riesgo, afrontamiento. La escala más utilizada para valorar el riesgo de caídas es J. H. Downton, en ella se recoge algunos de los factores de mayor incidencia en el riesgo de caídas, el corte se sitúa en la puntuación de 3, que representa riesgo alto de caídas, determinar la escala de riesgo de caídas más utilizada.

CONCLUSIÓN: Es muy importante que todo el personal sanitario conozca los factores de riesgo de caídas y utilice escalas de valoración, El desconocimiento supone un grave riesgo, ya que más del 80% de los efectos adversos en pacientes hospitalizados está relacionado con las caídas.

PALABRAS CLAVE: CAIDAS, PACIENTE DE RIESGO, PREVENIR, DETECTAR.

SÍNDROME DE BURNOUT EN AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JOSEFA BENITEZ CEPERO, ROSA MARIA SUAREZ RUIZ, LUCIA COBO GARRIDO

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Burnout o “estar quemado” es un conjunto de signos y síntomas causados entre otros, por largos periodos de exposición de estrés en el trabajo. La presencia de estrés, tensión y la sobrecarga de trabajo que presenta el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) son importante y en ocasiones dan lugar a este síndrome.

OBJETIVOS: Conocer los desencadenantes del síndrome de burnout en los TCAE y que factores influyen con más frecuencia.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión de la literatura sobre el tema. Se buscó en las bases de datos de Scielo, PubMed y Ovid. Como palabras claves se utilizaron “Burnout”, “agotamiento profesional” “estar quemado”, “estrés en TCAE” Se limitó la búsqueda al idioma en castellano y se seleccionaron finalmente 9 artículos en los 10 últimos años.

RESULTADOS: En toda la literatura revisada se describen como componentes del burnout el cansancio emocional, la despersonalización y falta de realización personal. También se ha hallado la influencia de los puestos de trabajo, donde servicios como urgencias o geriatría. El sexo femenino, también sufre con mas frecuencia, pero podría ser excluyente debido que el personal TCAE en su mayoría es femenino.

CONCLUSIÓN: Parece mostrar que los niveles de estrés y agotamiento entre los TCAE es significativo. Esto sugiere que podría ser necesario aumentar la tasa de personal capacitado y mejorar el apoyo del personal, además de ayudar a manejar las situaciones de estrés.

PALABRAS CLAVE: BURNOUT, AGOTAMIENTO PROFESIONAL, ESTAR QUEMADO, ESTRES EN TCAE.

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO

ANA ISABEL CONTRERAS ÚNICA, ADRIAN TORRES RODRIGUEZ, ARANCHA MEDINA DE CARA

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves.

OBJETIVOS: Conocer las úlceras por presión y sus cuidados.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos -Dialnet.

RESULTADOS: La prevalencia de las úlceras por presión, según los datos derivados de los diferentes estudios realizados a nivel internacional, se evidencia en los siguientes porcentajes: Canadá 23-29%, Australia 6,15%, Estados Unidos 8,15%.

CONCLUSIÓN: La población más propensa a desarrollar úlceras por presión son las personas mayores y los encamados de larga duración, que están inmobilizados, por eso es necesario los cambios posturales. Cuando se sufre una lesión en la piel, la zona afectada no se debe mantener en la misma posición ya que desencadenaría una UPP.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA POR PRESIÓN, PREVENCIÓN, CICATRIZACIÓN, CAMBIOS POSTURALES.

ANÁLISIS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO

MONICA REDONDO ESTEVEZ, SILVIA SUAREZ LAGAR, NEREA OTERO ESPAÑA

INTRODUCCIÓN: La incidencia de las caídas en la población anciana es un problema sanitario de gran importancia. Los cambios comportamentales y las modificaciones y cambios en su entorno hacen que este tipo de accidentes sea frecuente provocando lesiones que en ocasiones pueden llegar a ocasionar la muerte. Un alto porcentaje son evitables.

OBJETIVOS: Analizar la importancia en la prevención de caídas reduciendo el riesgo y ofrecer una vida más saludable.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica, en las bases de datos de Scielo, Cuiden, Medline y el buscador Google Académico. La búsqueda se limitó al intervalo de los últimos 6 años.

RESULTADOS: Algunos de los factores de riesgo asociados a un aumento de caídas en ancianos son: caídas previas, alteración de la marcha y el equilibrio, alteraciones visuales, osteoarticulares, cardiovasculares y neurológicas, consumo de medicación psicotrópica, efectos secundarios de fármacos, hipotensión ortostática. También es importante destacar los cambios ambientales bien sea en el domicilio o en la institución en la que permanezcan. La mayoría de las caídas suelen producirse en el domicilio, generalmente realizando actividades de la vida diaria, paseando, cocinando, realizando cortos desplazamientos dentro de la misma, etc. Es importante destacar el carácter preventivo del ejercicio físico para evitar caídas, además de fomentar su autoestima y la confianza en sí mismo.

CONCLUSIÓN: Por lo que se deben identificar los factores de riesgo y realizar prevención primaria desde la consulta de enfermería para evitar o intentar reducir las complicaciones negativas asociadas a las caídas en ancianos y mejorar la calidad de vida. Recomendando ejercicio físico, uso correcto de andadores o bastones, zapatos cómodos y bien sujetos con suelas antideslizantes o bien tener buena iluminación en el hogar. Aumentando la seguridad ambiental y diagnosticando precozmente ciertas patologías.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, CAÍDAS, ANCIANO, FACTORES DE RIESGO, ENFERMERÍA.

LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN ENFERMO DE ALZHEIMER

MARIA ANGELES FERNANDEZ SILES, MARIA JOSE GARCIA FONTIVERO, FRANCISCA RAMOS CHAMORRO

INTRODUCCIÓN: El alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa. Una forma de demencia que afecta a la memoria, el pensamiento y la conducta. La alteración de la memoria es una característica de la enfermedad. Se pueden presentar cambios en el lenguaje, capacidad de tomar decisiones, atención, deterioro cognitivo y trastornos conductuales. El tejido cerebral muestra nudosneurofibrilares, placas neuríticas y placas seniles. La demencia afecta gravemente la capacidad de una persona de llevar a cabo actividades diarias. Hay tres etapas, temprana, avanzada y final.

OBJETIVOS: Determinar los tratamientos ante la enfermedad de alzheimer.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Desgraciadamente no existe cura para la enfermedad de alzheimer. Los tratamientos abarcan cambios en el estilo de vida, medicamentos y suplementos antioxidantes como ginkgo biloba y vitamina E, B. Caminatas en compañía para mejorar las habilidades de comunicación y disminuir riesgo y andar deambulando. Terapia para reducir insomnio. Técnicas de relajación. Escuchar música para reducir inquietud, ansiedad, aumentar el sueño y mejorar conducta. Tratamiento farmacológico, para retardar el progreso de la enfermedad. Modificar el ambiente del hogar. Apoyar a la familia. Se debe proporcionar al enfermo recordatorios, rutinas o instrucciones para la vida diaria. Al enfermo se le debe dar posibilidad de hablar de sus cosas y participar en su propio cuidado. Dar apoyo a la persona afectada en el hogar a medida que empeore la enfermedad.

CONCLUSIÓN: Hay que proporcionarle al enfermo unos cuidados asistenciales durante 24 horas, un ambiente seguro y satisfacer todas sus necesidades.

PALABRAS CLAVE: ENFERMO, DEMENCIA, CAPACIDAD, ENFERMEDAD.

LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

EVA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, JAIRO ORVIZ RIVERA, ANALÍA GARCÍA BÉRTOLO

INTRODUCCIÓN: A nivel mundial la población está envejeciendo de manera muy rápida, atendiendo a datos del INE el porcentaje de la población mayor se sitúa hoy por hoy en torno al 18,2%. Según la OMS este aumento de esperanza de vida ha traído como consecuencia la aparición de múltiples afecciones, pero fundamentalmente la aparición de enfermedades mentales. La depresión no es más que un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren en la vida diaria. Es además una de las principales causas de discapacidad.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de depresión en los ancianos institucionalizados y de edad superior a 65 años, así como, el perfil del anciano institucionalizado que padece depresión.

METODOLOGÍA: Se trata de un proyecto de investigación descriptivo transversal dirigido a pacientes de edad superior a 65 años institucionalizados en el centro residencial Valentín Palacio de la localidad de Pola de Siero (Asturias).

RESULTADOS: Con la realización del proyecto que aquí se plantea lo que se pretende es conocer la prevalencia de depresión en la muestra de ancianos objeto de estudio, así como, los posibles factores asociados, con el fin de promover una mayor sensibilización al respecto y desarrollar estrategias de prevención.

CONCLUSIÓN: La depresión debe ser tratada como un grave trastorno mental muy prevalente en el anciano y acabar con el infradiagnóstico e infratratamiento que aún continúa dándose en este grupo de edad. Su alta prevalencia, su impacto para la salud y la productividad en las personas mayores, además de ser un factor de riesgo de suicidio, la convierten en un gran desafío y en un motivo más que justificado de estudio.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, ANCIANO, GERIÁTRICO, INSTITUCIONALIZACIÓN.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO: FACTORES DE RIESGO

LAURA RUIZ MOLINA, GUILLERMO SANCHEZ ZUÑIGA, MARÍA TERRÓN NAVAS

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Confusional Agudo (SCA) se define como una alteración de la conciencia y un cambio de las funciones cognoscitivas que se desarrollan a lo largo de un breve periodo de tiempo (horas/días) y tiende a fluctuar a lo largo del día. Es la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, de una intoxicación/abstinencia de sustancias, o de varias de estas causas. Es un síndrome muy común en la población anciana.

OBJETIVOS: Conocer cuáles son aquellos factores de riesgo-predisponentes para desarrollar el SCA en el anciano.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda sistémica en diferentes bases de datos : Google Scholar, Pubmed y dialnet. Con los criterios de inclusión: Año de publicación (2010-2018), lenguaje español y descriptores “síndrome confusional”, “ancianos”, “factores de riesgo” y “causas”. De los artículos encontrados, se seleccionaron tres por su relevancia.

RESULTADOS: Del análisis de las publicaciones encontradas, los Factores de Riesgo para presentar SCA son: edad (>75 años), estancia hospitalaria prolongada, dependencia funcional, deterioro cognitivo previo, polifarmacia (incluyendo el uso de Hipnóticos) y comorbilidades (Diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedad tiroidea...). Además, las infecciones, el desequilibrio hidro-electrolítico, las enfermedades cerebrovasculares, trastornos metabólicos, narcosis por CO₂ y Abstinencia alcohólica, son algunos de los factores que predisponen al anciano a padecer un SCA. Con respecto al sexo, existen discrepancias, ya que en dos de ellos, se refleja que es el sexo masculino el más predisponente y en otro la mujer, esta diferencia puede basarse en la muestra seleccionada en los estudios.

CONCLUSIÓN: Se puede concluir que son varios los factores de riesgo para desarrollar SCA, algunos, se pueden evitar mediante una buena praxis y adelantándonos a que se desarrolle, mediante la creación de protocolos para este tipo de población y síndrome. Aún así, deberían de realizarse más investigaciones relacionadas con el tema.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA), ANCIANO, FACTORES DE RIESGO, FACTORES PREDISponentES.

LA AUTOLISIS EN LA SOCIEDAD GERIÁTRICA

ANA BELEN MARTINEZ RODRIGUEZ, MARÍA ROSA CAMACHO ABOLAFIO, VANESA CAMACHO ABOLAFIO

INTRODUCCIÓN: Cada año 10 millones de personas realizan algún tipo de conducta autolítica. España 3.569 Muertes por suicidio, de los cuales 1450 casos eran mayores de 60 años (año 2016). En el anciano el Trastorno Depresivo Mayor es el diagnóstico más frecuentemente asociado a la conducta suicida El 15% de los ancianos con un cuadro depresivo consuma el suicidio - Plan Europeo para la prevención del suicidio: “El seguimiento estrecho de las depresiones es eficaz para prevenir hasta un 30% los intentos de suicidio”.

OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo de suicidio en la sociedad anciana y determinar signos de detección precoz del anciano con riesgo autolítico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos en ciencias de la salud, haciendo uso de nuestras palabras claves. Tanto PubMed, Medline, y Cochrane library, utilizando combinaciones de los buscadores booleanos. En la revisión se han observado 20 artículos, de los cuales has seleccionado 4, incluyendo 2005 - 2016 y excluyendo todos los anteriores.

RESULTADOS: Los principales factores de riesgo: Factores médicos: Pacientes con enfermedades crónicas, terminales,etc. Factores psiquiátricos: Depresión, trastorno bipolar, trastornos del sueño, etc. Factores psicológicos: duelos recientes, sentimientos de soledad e inutilidad,etc. Factores familiares: Pérdida de seres queridos, situaciones de desamparo, falta de hijos,etc.

CONCLUSIÓN: Como enfermeros debemos extremar el cuidado de la población geriátrica y realizarse una buena valoración de la ideación suicida ya que ellos comunican menos sus intenciones que el resto de la población. En esta valoración debemos tener en cuenta la presencia de enfermedades depresivas, antecedentes de intentos suicidas, pérdidas afectivas y de autonomía, situaciones de aislamiento o desarraigo social, consumo de fármacos antidepresivos, ansiolíticos o desinhibidores, etc. Los signos de alerta que debemos de observar en estos pacientes son: verbalizar deseos de muerte, que se sienta nervioso o apático, culpable, insatisfecho con su vida, etc.

PALABRAS CLAVE: SUICIDIO, AUTOLISIS, GERIÁTRICA, ENFERMERÍA EN SALUD COMUNITARIA.

CAMBIOS EN LA FARMACOCINÉTICA DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

ANDRES REINOSO COBO, EVA ARANDA ALBARRACÍN, CARMEN CARMONA CARMONA

INTRODUCCIÓN: Los cambios fisiológicos que se producen en el proceso de envejecimiento condicionan los procesos farmacocinéticos y farmacodinámicos de los diferentes medicamentos. Los cambios fisiológicos relacionados con la tercera edad pueden ocasionar cambios en la concentración del fármaco.

OBJETIVOS: Identificar los factores que pueden provocar una alteración en la concentración de un fármaco. Determinar los factores a efectos adversos propios de la tercera edad.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed. Como método de exclusión principal se han analizado únicamente los artículos publicados en los últimos 10 años. Los descriptores utilizados han sido las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Los distintos procesos por los que ha de pasar el fármaco en el cuerpo (absorción, metabolismo, distribución y eliminación) se ven alterados con los cambios fisiológicos que se producen en el proceso de envejecimiento. Estos cambios serán de importancia clínica y tendrán sus repercusiones en el resultado del tratamiento establecido.

CONCLUSIÓN: Todos los cambios fisiológicos que se producen en el proceso de envejecimiento tendrán su representación clínica y su significado a la hora de la adaptación terapéutica de los pacientes ancianos. Es muy importante tener en cuenta para el profesional de enfermería todos estos aspectos recogidos para identificar los posibles efectos adversos farmacológicos.

PALABRAS CLAVE: ENVEJECIMIENTO, ABSORCIÓN, METABOLISMO, DISTRIBUCIÓN, ELIMINACIÓN, FARMACOCINÉTICA.

LOS ACCIDENTES POR CAÍDAS EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

ISABEL MARÍA GRACIA POVEA, ALBA ROMAN POVEA, ANA ALONSO ROMERO

INTRODUCCIÓN: Los accidentes en general son la quinta causa de mortalidad. Las caídas afectan a un tercio de los mayores de 65 años (1/40 ingresos hospitalarios) y entre el 15-25% conllevan graves consecuencias.

OBJETIVOS: Contribuir a la disminución de morbimortalidad por caídas accidentales en las residencias de ancianos identificando las principales causas de las mismas para evitarlas.

METODOLOGÍA: Para redactar este resumen se ha realizado una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en las principales bases de datos existentes (PubMed, Medline, Dialnet, Scielo). Los descriptores empleados en la búsqueda fueron: "accidentes", "caídas", "anciano". Los criterios de inclusión fueron: revisiones, con acceso al texto completo, en especie humana y escritos en inglés o español.

RESULTADOS: Tal y como muestran los resultados analizamos que el mayor porcentaje corresponde a causas accidentales (tropiezos y resbalones en su mayoría), entre las causas ambientales, se sitúa el déficit de iluminación, obstáculos en el suelo y camas altas. Y por último, están las causas médicas como los trastornos visuales y vértigos.

CONCLUSIÓN: Y podemos concluir que el profesional de enfermería que tiene a su cargo la atención y el cuidado del anciano, realiza una labor profiláctica imprescindible en la eliminación y control de los peligros potenciales y factores de riesgo de las caídas. Porque lo necesario es lograr no sólo más años de vida sino, darle más vida a los años.

PALABRAS CLAVE: ACCIDENTES, ANCIANO, INSTITUNACIONALIZADO, CAÍDAS.

CASO CLÍNICO: HERIDA INFECTADA VERSUS ÚLCERA VASCULAR

LAURA HERNÁNDEZ GARCÍA, ROCIO LOZANO HERNANDEZ, JESÚS MANUEL MOYA DIÉGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer viuda de 68 años de edad que vive sola en su cortijo acude a centro sanitario por fiebre no controlada de 39°C que no cede con antipiréticos orales. La señora es independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria, vive a 2 KM de ambulatorio y el centro sanitario con asistencia médica y servicio 24 horas se encuentra a 15 Km, no dispone de vehículo propio. La mujer presenta ligero aumento de ruidos respiratorios y tos productiva, así mismo refiere molestias al orinar. Antecedentes: Hipertensa, Insuficiencia Venosa e Hipoacusia Bilateral. Tratamiento habitual: Omeprazol, Enalapril, Venuron, Atorvastatina y actualmente paracetamol por fiebre y fosfomicina hace 5 días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Presenta buen estado general, consciente y orientada. A la auscultación se observa ligeras secreciones en vías respiratorias altas sin gran relevancia. A la exploración física se observa un vendaje en MI, presenta una herida con aumento del exudado de aspecto contaminado e insuficiencia venosa en miembros inferiores. TA: 130/80 Fc: 85l/m, Sat: 98% Tª 39.2°C. Pruebas Complementarias: Tira reactiva de orina y Exudado del lecho de la herida.

JUICIO CLÍNICO: Infección del tracto urinario y lesión infectada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Úlcera vascular.

PLAN DE CUIDADOS: La tira reactiva de orina muestra infección urinaria resuelta, por lo que se descarta ese origen de la fiebre. El exudado del lecho de la herida sugiere infección de la misma. Tratamiento: Se realizan curas locales cada 48 horas con Nitrofurazona y apósito impregnado. Se realiza Educación para la Salud en cuanto a prevención y tratamiento de las úlceras vasculares.

CONCLUSIONES: El difícil acceso a los dispositivos de salud en la comunidad rural provoca un difícil manejo seguimiento y control en las heridas que se producen en los mayores rurales. Es muy importante conocer e identificar el origen y la evolución de las heridas pues así dependerá el tratamiento a aplicar.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA VASCULAR, ENFERMERÍA, TRATAMIENTO, INFECCIÓN, EXUDADO.

MANEJO DE LA DISFAGIA EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA HOSPITALIZADA

ALICIA JUAN LLAMAS, LAURA GARCÍA PÉREZ, PATRICIA BAREA AGUILAR, CRISTINA QUESADA RODRIGUEZ, ALBA ORTEGA FRANCO, HELENA FERRER GIMENO, SONIA PEREZ SOTILLO, SERGI NAVAS MARTINEZ, MARINA CRUZ CÁRDENAS, CARLOS RABAZA GRAU, NURIA BENET CERDÀ, LIDIA UBIERGO ARJONA

INTRODUCCIÓN: Valorar las medias que se adoptan para el manejo de la disfagia en pacientes hospitalizados, en la unidad de ortogeriatría.

OBJETIVOS: Valorar las medias que se adoptan para el manejo de la disfagia en pacientes hospitalizados.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en base de datos: Cuiden, Scielo, PubMed for Nurses.

RESULTADOS: La mayoría de veces, las personas de edad avanzada no suelen ser consciente de presentar signos de disfagia, comprometiendo así a su diagnóstico y dando como resultado las broncoaspiraciones que comprometen a la vida del anciano y aumentan su estancia hospitalaria. La prevención es fundamental en estos casos, la identificación de los signos de alerta, el uso de técnicas como la exploración de volúmenes y viscosidades de líquidos y alimentos, así como la utilización de instrumentos específicos serán primordiales en su detección. El trabajo interdisciplinar de los profesionales de la salud presentes en el ámbito hospitalario junto con dietética, serán fundamentales en la prevención y detección de este síntoma.

CONCLUSIÓN: Es primordial hacer una valoración correcta de la disfagia, con la necesidad de realizar un seguimiento por dietética y establecer los criterios de intervención por parte de los profesionales a su cargo. Las acciones realizadas para la detección serán imprescindibles para la prevención de complicaciones, mejorando así la calidad de vida del anciano y disminuyendo su estancia en el hospital.

PALABRAS CLAVE: DISFAGIA, ANCIANOS, SIGNOS DE ALERTA, ENFERMERIA, PREVENCIÓN.

DETECCIÓN DE MALOS TRATOS EN LAS PERSONAS MAYORES

SONIA MARIA SERRANO MALDONADO, JOSE MARÍA CARMONA MARTÍNEZ, MARIA DEL PILAR SALVADOR FERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 73 años de edad, que ingresa en la unidad de hospitalización del HAG por deterioro del estado general. La paciente presenta caquexia, upp de grado IV en sacro, trocánter derecho e izquierdo y ambos talones. El cuidador manifiesta que están muy preocupado por ella que lleva cinco días sin comer. El cuidador principal está diagnosticado de Esquizofrenia. Tras la valoración médica se sospecha de un posible caso de riesgo de maltrato en personas mayores por abandono.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Toma de constantes vitales, analítica sanguínea completa y rayos de tórax y abdomen.

JUICIO CLÍNICO: Cansancio del rol de cuidador (00061) y Déficit de autocuidado: Alimentación (00102), Baño/ Higiene (00108), Vestido/acicalamiento (00109), Uso del inodoro(00110); Deterioro de la integridad cutánea (00044). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** NANDA: Cansancio del Rol de Cuidador (00061) relacionado con problemas psicológicos o cognitivos manifestado por temor sobre los cuidados que recibirá la persona si el cuidador es incapaz de proporcionárselos. NOC: Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos (2206): organización y control de los cuidados apropiados de un miembro de la familia por el profesional sanitario familiar. NIC: Apoyo al cuidador principal (7040). Actividades: Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios. Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

CONCLUSIONES: El personal de enfermería tiene un papel primordial en la detección y prevención de posibles casos de malos tratos. Su labor será garantizar la seguridad de la víctima evitando que la situación de malos tratos se mantenga o repita. La supervisión y educación en la tarea del cuidado y mejorar la calidad de la asistencia.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOR PRINCIPAL, MALTRATO AL ANCIANO, DEPENDENCIA, PREVENCIÓN PRIMARIA.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DEL ALZHEIMER EN PRIMERAS FASES

EMILIO SANCHEZ GOMEZ, MARÍA GAS HUERTAS, CARMEN MARIA PEÑALVER ALCARAZ,
ANTONIO BOLUDA APARICIO, MIRIAM GUTIÉRREZ ABRIL, ANTONIO SANCHEZ DIAZ

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer es una demencia con una prevalencia alta en la sociedad actual, esta se caracteriza por cursar con un daño neuronal que ocasiona pérdida progresiva de memoria, afasia y apraxia. Es una demencia que evoluciona en fases, de menor a mayor deterioro, donde es fundamental alargar el paso de una fase a otra. El tratamiento para esta demencia principal es el farmacológico, pero también es posible actuar no farmacológicamente combinando ambos tratamientos sobre todo en las primeras fases.

OBJETIVOS: Identificar los tratamientos no farmacológicos en las fases más tempranas del Alzheimer.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, PubMed, Cochare y Elsevier. Los descriptores usados en la búsqueda han sido enfermedad alzheimer, tratamiento alzheimer, fases alzheimer y non pharmacologic therapies. Para la elaboración de la revisión se seleccionaron 18 artículos publicados en los últimos 5 años en castellano e inglés.

RESULTADOS: Mediante entrenamientos cognitivos tanto grupales como individuales, estimulaciones cognitivas a través de actividades (musicoterapia o masajes para estimular el tacto), así como el apoyo en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ofreciendo la mínima ayuda necesaria) y ejercicio físico se consigue realiza un refuerzo de la memoria, del propio lenguaje. Existen también intervenciones de distracción para mitigar los episodios de agresividad de los pacientes.

CONCLUSIÓN: El tratamiento no farmacológico en pacientes que padecen la demencia de Alzheimer es demostrablemente efectivo en apoyo del tratamiento farmacológico en las fases tempranas de la demencia de Alzheimer, favoreciendo que la demencias avance de una forma mas pausada.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, TRATAMIENTO ALZHEIMER, FASES ALZHEIMER,
TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.

INTERVENCIÓN EN ARTROSIS DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

MARIA DEL MAR REDONDO LOPEZ, LAURA RODRIGUEZ ESPINOSA, MARTA PÉREZ OLEGO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer, de 91 años, acude a Centro de Día con diagnóstico de poliartritis de rodilla, hipertensión arterial, osteoporosis y deterioro cognitivo leve.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Usamos test estandarizados como: el Índice de Barthel para medir la incapacidad funcional (70/100 dependencia leve), el Índice de Lawton para las actividades de la vida diaria instrumentales (6/8 dependencia leve), la Escala de Berg (33/56 puntos presenta un riesgo medio de caídas), el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (28/35 deterioro leve) para conocer el deterioro cognitivo y la Escala de Pfeiffer (5 errores, deterioro moderado) siendo la segunda más adecuada puesto que se trata de una persona anciana con bajo nivel cultural.

JUICIO CLÍNICO: Nos basamos en el Modelo Canadiense del Rendimiento Ocupacional y Marco Cognitivo Perceptivo. Presenta alteraciones a nivel funcional en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (subir/bajar escaleras, baño y marcha para lo que necesita usar un producto de apoyo, andador) ya que se muestra afectada la movilidad y agilidad en miembros inferiores e hiperflexión de tronco durante la marcha ocasionado por la edad, el uso incorrecto del andador, el exceso de peso y la patología de poliartritis en rodillas. Respecto a las actividades instrumentales solo se ven afectadas la realización de la compra por su estado físico y no conocer el uso de la moneda que también afecta a la anterior. **PLAN DE CUIDADOS:** Manejo del dinero para realizar compras. Capacitar para detectar los factores de riesgo que le pueden ocasionar una caída. Resolución de problemas frente a una caída. Manejo correcto del andador. Corregir la postura de la marcha. Potenciar capacidades cognitivas.

CONCLUSIONES: Actualmente la paciente es capaz de corregir la marcha postural y utilizar adecuadamente el producto de apoyo, además de prevenir caídas y poder hacerles frente en caso de accidente. Maneja dinero para realizar compras sencillas. Ha mejorado algunos aspectos cognitivos.

PALABRAS CLAVE: AUTONOMÍA, ARTROSIS DE RODILLA, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, OSTEOPOROSIS, MODELO CANADIENSE.

BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

LAURA RUIZ MOLINA, GUILLERMO SANCHEZ ZUÑIGA, MARÍA TERRÓN NAVAS

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa de demencia más común en las personas mayores a nivel mundial. Actualmente, se utilizan medidas farmacológicas para que los síntomas no empeoren, pero además, existen medidas no farmacológicas como es el caso de la musicoterapia. Este tipo de terapia consiste en la utilización de la música y sus elementos con un paciente o grupo de pacientes, con el fin de conseguir unos objetivos terapéuticos.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión es determinar los beneficios que aporta la musicoterapia en los pacientes con EA en relación al estado psicológico, físico y conductual de los pacientes.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica, a partir de una búsqueda sistemática de diferentes artículos en buscadores como Google Scholar y Pubmed. Los criterios de inclusión utilizados fueron: fecha de publicación (2014-2018), lenguaje (español). Los descriptores usados: enfermedad de alzheimer, musicoterapia, beneficios, terapia no farmacológica. Total de artículos encontrados se seleccionaron tres, basándonos en su relevancia.

RESULTADOS: La musicoterapia es una medida no farmacológica que aporta importantes beneficios en pacientes con EA, ya que disminuye los niveles de ansiedad y depresión, mejoran la memoria, la atención y la orientación. Además, disminuyen las conductas negativas y psiquiátricas de la enfermedad como los delirios, alucinaciones, agitación e irritabilidad. También, ante música familiar, es decir, música relacionada con momentos importantes en su vida favorecemos la autopercepción y autoconcepto del paciente.

CONCLUSIÓN: La musicoterapia aporta grandes beneficios a este tipo de pacientes, por lo que debería de ser una terapia utilizada de manera coadyuvante con el tratamiento farmacológico. A pesar, de la gran cantidad de beneficios que aportan los estudios que existen son con muestras muy reducidas, por lo que sería un gran avance, seguir profundizando en este tema y realizar estudios con muestras mas grandes.

PALABRAS CLAVE: MUSICOTERAPIA, BENEFICIOS, TERAPIA NO FARMACOLÓGICA, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ALZHEIMER

ANABEL LANCHO MEDINA, ANA ISABEL CORTES CABEZA, OLGA VERS LOPEZ, ISABEL PÉREZ VILLAFAINA, DOLORES GONZALEZ MARTIN, GLÒRIA JORBA JEREZ, DAVID RUIZ SEMPERE, CRISTINA MESA ALJAMA, PURIFICACIÓN ARREBOLA LÓPEZ, ROSA MONICA BLANCO CANSECO, HERMINIA ARJONA JIMENEZ, RUBEN GONZALEZ SOTO

INTRODUCCIÓN: En España, el entorno familiar es el que se hace responsable de los cuidados en el 94 por ciento de los casos de Alzheimer. El tiempo que dedican a estas personas es continuo y va aumentando a medida que avanza la enfermedad, por tanto muchos de ellos presentar sobrecarga.

OBJETIVOS: Identificar las diferentes escalas de los niveles de sobrecarga del cuidador. Conocer las características principales del cuidador no formal.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de 40 trabajos científicos extraídos de: PubMed, Medline, lilacs, cinahl y Scopus entre otros. Idioma: español y inglés. Periodo: 2010 hasta la actualidad. Se han usado los descriptores: “Alzheimer”, “cuidador”, “sobrecarga del cuidador”, “burnout”.

RESULTADOS: Autores como Zarit, Gwyther, Stone y Mallach han investigado factores comunes y han realizado escalas de medición. La más utilizada es la Zarit. Hay otras escalas que miden las consecuencias de la sobrecarga, las cuales miden la ansiedad (Inventario de la Ansiedad de Beck), depresión (escala de GDS) y para la salud física y mental (SF-36 o SF-12). Entre otros coinciden en que mayoritariamente los cuidados informales que se aplican a los pacientes con Alzheimer son proporcionados por las mujeres del seno familiar. Con una media de edad comprendida entre 37-60 años, con bajo nivel de estudios y bajo nivel socio-económico. En el cuidador informal o no formales habitual se puede observar mayores somatizaciones como ansiedad, depresión, disfunción social y falta de tiempo para su propio autocuidado provocando en muchos casos la claudicación.

CONCLUSIÓN: La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit es la más utilizada. El perfil habitual del cuidador informal es de una mujer del seno familiar de mediana edad y bajo nivel socio-económico-cultural. Creemos que sería interesante proponer como intervención de mejora, elaborar programas preventivos que promocióne apoyo al cuidador.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, CUIDADOR, SOBRECARGA, BURNOUT.

EFFECTOS BENEFICIOSOS DE LA MUSICOTERAPIA EN GERIATRÍA

MARÍA DEL ROSARIO PORTILLO GALLEGO, ROCIO VELA AMADO, RAÚL MUÑOZ CUENCA

INTRODUCCIÓN: Tanto desde el punto de vista fisiológico como psicológico, el efecto de la música resulta beneficioso para pacientes geriátricos, como terapia que ayuda a controlar muchos síntomas.

OBJETIVOS: Valorar los efectos de la musicoterapia “música en vivo” antes y después sobre los siguientes parámetros fisiológicos: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.

METODOLOGÍA: Se llevará a cabo con pacientes geriátricos que reciben tratamiento de cuidados paliativos, aplicando terapias basadas en la escucha de “música en vivo” y reproducción de música grabada, comprobando y comparando los efectos de cada una de ellas.

RESULTADOS: Con la intervención de la música en vivo los pacientes experimentaron una disminución en la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca. Del mismo modo, se observa una mejoría en el nivel de ansiedad y un aumento de la somnolencia, llegando algunos de los pacientes a quedarse dormidos durante la sesión.

CONCLUSIÓN: Como hemos podido observar la aplicación de musicoterapia como terapia alternativa en pacientes ingresados en cuidados paliativos aporta beneficios en el control de síntomas tanto fisiológicos como emocionales, sin generar efectos secundarios, siendo por tanto efectiva.

PALABRAS CLAVE: MÚSICA, PACIENTES GERIÁTRICOS, EFECTOS, TERAPIAS.

PACIENTE VARÓN CON CÓLICO NEFRÍTICO

MARIA JOSE RUIZ RUIZ, ESTEFANIA SANCHEZ ARANA, MACARENA SANCHEZ CARDENAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 70 años que acude a atención primaria por dolor lumbar agudo, acompañado de náuseas, vómitos, deposiciones diarreicas y sudoración. Cuyo dolor se refleja en la zona inguinal. Además de presentar 38 °C fiebre.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración se observa al paciente con mal estado general, febril, consciente y normohidratado. No tiene ningún tratamiento médico y ha presentado varios episodios de cólico nefrítico.

JUICIO CLÍNICO: El paciente es diagnosticado de cólico nefrítico además de presentar infección urinaria. Será derivado al Nefrólogo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se le realiza una analítica de sangre para descartar complicaciones de la funcionalidad del riñón, además de una analítica de orina apareciendo hematíes y leucocitos. También se le realiza una radiografía de abdomen y una ecografía renal y vesical para observar donde está el cálculo y sus dimensiones. Siendo el cálculo de 4mm por lo que no necesitará cirugía pudiéndolo expulsar solo.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente deberá tomar antiinflamatorios tomándose en comprimidos salvo en caso urgente que deberá de ser administrado por vía intravenosa. Además de tomar antibiótico para eliminar la infección de orina.

CONCLUSIONES: El cólico nefrítico es la causa más frecuente de dolor urológico, el cual comienza en la región lumbar irradiándose hacia la fosa ilíaca, región inguinal y genitales. Este constituye el 3,5% de todas las urgencias hospitalarias. Un cólico nefrítico se produce debido a la hiperpresión en el tracto urinario, a consecuencia de una obstrucción en el paso de la orina.

PALABRAS CLAVE: CÓLICO, CÁLCULO, INFECCIÓN, GERIATRÍA.

PROBLEMAS CON EL PACIENTE POLIMEDICADO ANCIANO

ALEJANDRO ORTEGA HERNANDEZ, BEATRIZ RUEDA FERNANDEZ, SOFIA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: La polimedicación se define como el hecho de tomar más medicamentos de los apropiados, un paciente polimedicado frágil es aquel que, cumpliendo los criterios descritos le faltan recursos sociales, psíquicos, físicos o del propio sistema sanitario, para evitar los riesgos graves y moderados de la polimedicación.

OBJETIVOS: Determinar los problemas que pueden surgir en el paciente polimedicado.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en base de datos Scielo y el buscador Google académico en la que se obtuvieron varios artículos relacionados con el tema tratado.

RESULTADOS: El elevado porcentaje de población mayor de 65 años presenta 2 características relacionadas con el tema tratado que son la pluripatología (presencia de 2 o más enfermedades crónicas) y la polimedicación (consumo de 5 o más medicamentos durante 6 meses o más. Podemos determinar diversos factores que influyen en la polimedicación como son factores sociales, biológicos, psicológicos y propios del sistema sanitario. La coordinación entre profesionales resulta imprescindible. Para adecuar el tratamiento de estos pacientes se han de tener en cuenta factores como: los objetivos del tratamiento pautado, las metas de la atención prestada, la expectativa y esperanza de vida del paciente y el tiempo estimado para el tratamiento pautado hasta que se obtenga un beneficio clínico que se considere significativo.

CONCLUSIÓN: Valorando los datos obtenidos de estos últimos años, la prescripción por principio activo se ha introducido relacionada con la aparición de los medicamentos genéricos. El aumento de las diferentes presentaciones comerciales podría considerarse que estaría relacionada con dificultades y errores en la adherencia al tratamiento. En pacientes polimedcados, el médico debe intentar establecer esquemas posológicos (1 o 2 veces al día) del medicamento eficaz más eficiente. Se determino que el incumplimiento es mayor en individuos con riesgo de ansiedad y que viven solos.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, PACIENTE, POLIMEDICADO, PROBLEMA.

BRONCOASPIRACIÓN POR DISFAGIA NEURÓGENA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA ISABEL ANDUJAR LOPEZ, PATRICIA ROSALES LOPEZ, AIXA GRACIA LARROSA, MARIA CARMEN CARMONA OROZCO, MARIA ISABEL OSUNA RUBIO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 88 años preterminal por demencia evolucionada y broncoaspiraciones reiteradas. Totalmente dependiente para las ABVD. AMC Penicilina. Antecedentes patológicos: Demencia degenerativa evolucionada, HTA, FA, ITU de repetición. IQ Prótesis de rodilla bilateral.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Barthel 5 GDS 7 TA 117/60, Fc 95x', Afebril, Sat 95% con o2 (Gafas Nasales). Consciente y desorientada. Eupneica, runcus aislados. Abdomen globulosos, no doloroso. EEII con edema crónico moderado EIE, no signos de TVP. Analítica (Hb 11 g/dl, VCM98 fl, plaquetas 153000, leucos 11.400 Con 92%N, ECG (FA con FVM 94X', S1Q3T3, T aplanada de forma difusa. Rx Tórax: Patrón alveolo intersticial difuso de predominio en bases y ciruritis, cambios crónicos y cardiomegalia.

JUICIO CLÍNICO: El diagnostico médico es Broncoaspiración por disfagia neurógena y demencia evolucionada degenerativa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Broncoaspiración.

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza sondaje vesical con quimioprofilaxis con Fosfomicina oral. Nebulizaciones de Bromuro de Ipratropio Seroquel Deprax Enalapril Paracetamol sp Enema de limpieza sp Cambios posturales c/4h. (00073). Afrontamiento familiar incapacitante: Comportamiento de una persona significativa (familiar u otra persona de referencia) que inhabilita sus propias capacidades y las del cliente para abordar efectivamente tareas esenciales para la adaptación de ambos al reto de salud. Enfermedad prolongada que agota la capacidad de soporte de los miembros de la familia m/p. El cuidador familiar describe con preocupación la enfermedad de paciente y deserción; (00002) Nutricional; ingesta inferior a las necesidades, desequilibrio: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas r/c Incapacidad para digerir o ingerir alimentos, o para absorber los nutrientes m/p Debilidad de los músculos necesarios para la deglución.

CONCLUSIONES: Después de 2 semanas de ingreso en tratamiento paliativo la paciente fallece. Una de las secuelas mas importantes de la demencia es la broncoaspiración. La paciente no controla la ingesta, penetrando esta en los pulmones, pudiéndole llegar a producir asfixia y produciendo y agravando el cuadro de disfagia neurógena.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, BRONCOASPIRACIÓN, DISFAGIA, TRATAMIENTO PALIATIVO.

SÍNCOPES DE REPETICIÓN EN ANCIANO DE CENTRO SOCIOSANITARIO

GABRIEL JESÚS ALMAGRO GUERRERO, IRENE GALAN RANEA, MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BONHOMO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 85 años que acude a Urgencias derivado por su residencia ante somnolencia, pérdida de conocimiento y fuerza en hemicuerpo derecho de minutos de evolución, recuperada a su llegada. Totalmente dependiente para las ABVD, con incapacidad para la deambulaci3n y desplazamiento en silla de ruedas. Su familiar refiere deterioro progresivo de 1 mes de evoluci3n. Acudi3 a Urgencias en d3as anteriores por cuadro sincopal, siendo dado de alta ante no hallazgos patol3gicos en pruebas complementarias. Antecedentes personales: DM tipo 2, HTA y dislipemia, enfermedad renal cr3nica grado 4 y parkinson.

EXPLORACI3N Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tendencia al sueño, TA: 129/74 mmHg, FC: 79 lpm, abdomen blando y depresible, EKG: ritmo sinusal, no signos de isquemia, fuerza conservada en MMSS y MMII y sensibilidad sin alteraciones, imposibilidad de exploraci3n de la marcha ante patolog3a de base, Rx T3rax sin alteraciones, similar a Rx previas, anal3tica sin alteraciones, hemodin3micamente estable, no focalidad neurol3gica.

JUICIO CLÍNICO: S3ncope, AIT. **DIAGN3STICO DIFERENCIAL:** Ante los resultados de las pruebas complementarias y el estado del paciente, parece cuadro compatible con afectaci3n de pequeños microinfartos recuperándose en pocas horas, pues la exploraci3n as3 lo demuestra.

CONCLUSIONES: El paciente permaneci3 en observaci3n durante 12 horas por si volv3a a repetirse el episodio. Tras esto, como no volvi3 a mostrar ning3n s3ntoma, fue dado de alta y trasladado de nuevo a su residencia para control por su m3dico en el centro sociosanitario.

PALABRAS CLAVE: ENFERMER3A, SALUD, GERIATR3A, CASO CLÍNICO.

SARNA EN PACIENTE DE 72 AÑOS

GLORIA BARBERO RAMIREZ, MARIA JOSEFA RUIZ MURILLO, ROSA MARIA BARBERO RAMIREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 72 años de edad que ingresa, derivado de asuntos sociales, tras ser remitido por enfermedad atención primaria. AP: lleva viviendo solo en una casa de campo más de 5 años, en unas condiciones higiénicas escasas, rodeado de animales. A las tres semanas del ingreso, dicho paciente, otros residentes, presentan prurito generalizado que se acentúa más por la noche, de localización principalmente en pliegues interdigitales, axilas, ombligo y pene.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En las zonas de localización, se observan pápulas inflamatorias, observándose surcos de hasta 2 cm, que acaban en eminencia acarina, con presencia de eccemas e impetiginizaciones con aparición de papulovesículas, pústulas, foliculitis. Para el diagnóstico, se llevo a cabo el test de tinta que permite localizar el surco, tras su localización, se remueve el surco y se observa al microscopio. Confirmándose la presencia del acaro *Sarcoptes scabiei*.

JUICIO CLÍNICO: Sarna. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Sarna. *Sarcoptes scabiei*.

CONCLUSIONES: Entre las dermatosis producidas por ácaros destaca por su repercusión la sarna humana, debida a la infestación del tegumento por el *sarcoptes scabiei*, un ácaro perteneciente al suborden de los saccotiformes. El *sarcoptes scabiei* var *hominis* es un parásito obligado humano. La hembra tras ser fertilizada excava un túnel bajo el estrato corneo, para situarse en el extremo distal, que constituye la denominada eminencia acarina, en la que va depositando los huevos hasta un total de 40 ó 50, después de lo cual morirá. Los huevos dan lugar a ácaros adultos. El proceso dura habitualmente tres semanas. La escabiosis se transmite habitualmente por contacto directo íntimo, sobre todo durante la noche y con frecuencia durante las relaciones sexuales. Se requiere de una limpieza extrema de ropa y materiales que hayan estado expuestos al acaro y del enfermo completa, compaginándose con la aplicación de crema o loción con permetrina por todo el cuerpo.

PALABRAS CLAVE: SARNA, PRURITO, PERMETRINA, ACARO.

PARADA CARDIORRESPIRATORIA SECUNDARIA A ATRAGANTAMIENTO EN PACIENTE ANCIANO

GABRIEL JESÚS ALMAGRO GUERRERO, IRENE GALAN RANEA, MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BONHOMO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 82 años que sufre atragantamiento mientras comía, por lo que aparece episodio de parada cardiorrespiratoria. Tras maniobras de RCP (realizada por nieta enfermera) recupera respiración espontánea. A la llegada del servicio de emergencia, SatO₂ menor de 50%, por lo que colocan cánula orofaríngea y extraen trozo de alimento de vía respiratoria con mejoría evidente del cuadro. A su llegada al servicio de Urgencias, SatO₂ mayor de 90% espontánea. Antecedentes personales: Totalmente dependiente para ABVD, HTA, ACVA con hemiplejía izquierda residual y síndrome ansioso-depresivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: SatO₂ basal: 98% (99% con gafas nasales), TA: 150/85 mmHg, FC: 113 lpm, Ecografía abdominal sin alteraciones, Rx Tórax normal, analítica con elevación leve de PCR, GOT/GPT y creatinina, acidosis respiratoria.

JUICIO CLÍNICO: Parada cardiorrespiratoria por atragantamiento; Acidosis Respiratoria en el contexto de lo anterior. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Pese a no existir evidencias de que la paciente hubiera sufrido una parada cardiorrespiratoria, y solo se tratara de un atragantamiento, la exploración y las pruebas complementarias demuestran que sí existió, y como consecuencia, apareció una acidosis respiratoria.

CONCLUSIONES: La paciente ingresó en la unidad de Medicina Interna para control evolutivo. La evolución en el ingreso fue favorable, pues a los pocos días mantenía buena saturación sin precisar oxigenoterapia y auscultación sin agregados. Fue tratada empíricamente con antibióticos intravenosos de amplio espectro. La paciente fue dada de alta con elevación discreta de enzimas hepáticas, presunta hepatitis isquémica en el contexto de la parada a control por su médico de atención primaria.

PALABRAS CLAVE: SALUD, GERIATRÍA, CASO CLÍNICO, ENFERMERÍA.

IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN: AUXILIAR DE ENFERMERÍA-ANCIANO EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES

GLORIA BARBERO RAMIREZ, ROSA MARIA BARBERO RAMIREZ, MARIA JOSEFA RUIZ MURILLO

INTRODUCCIÓN: El auxiliar de enfermería en residencias tiene una importancia clave en la salud física y emocional de las personas mayores. El auxiliar de enfermería debe proporcionar una buena calidad de vida, la toma de medicación o cualquier otro procedimiento terapéutico.

OBJETIVOS: Realizamos un estudio para analizar la influencia que tiene la estimulación de calidad adecuada desde que el anciano se levanta por la mañana y durante todo el día.

METODOLOGÍA: Seleccionamos dos grupos de 20 ancianos cada uno, con similares características en cuanto a edad, sexo y enfermedades, y se hace un estudio durante tres meses. Con el grupo 1, se mantiene mayor contacto físico, dándoles la mano, abrazándoles..., mientras se les incluye en talleres de lectura, fomento de autoestima..., y se les hacen preguntas sobre orientación temporal y espacial, sobre actualidad..., se trabaja con ellos favoreciendo su independencia, se pasea con ellos... Con el grupo 2, se realizan las actividades de la vida diaria, con conversaciones básicas sin profundizar en ningún tema concreto.

RESULTADOS: Observamos que el grupo 1 un 82%, están más contentos, son más participativos y mas comunicativos y el 18% siguen igual que antes de realizar estudio. En el grupo 2, los 20 ancianos siguen igual que antes de realizar el estudio.

CONCLUSIÓN: La relación que hay entre auxiliar de enfermería en las residencias de mayores y el anciano es la base fundamental para el desarrollo y fomento de la autonomía del mismo, siendo así el auxiliar el principal factor para mejorar la calidad de vida del anciano.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, AUXILIAR DE ENFERMERÍA, ESTIMULACIÓN, GERIÁTRICO.

CASO CLÍNICO: FRACTURA CADERA EN LA TERCERA EDAD

YOLANDA GUIRADO GARCIA, LAURA CARRILLO BERMÚDEZ, ESTHER COLLADOS RAMIREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 78 años que presenta dolor e impotencia funcional en miembro inferior derecho tras caída accidental. Antecedentes personales: hipercolesterolemia, depresión e ICTUS sin secuelas. En tratamiento con atorvastatina, lorazepan y sertralina. No alergias medicamentosas conocidas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente orientado y colaborador. Buen estado general, bien hidratado, perfundido y normocoloreado, Dolor intenso e inmovilidad en miembro inferior derecho. Constantes vitales normales. Auscultación pulmonar y cardíaca: sin anomalías. Abdomen: no megalias, blando y depresible. Analítica: valores normales. Radiografía de pelvis (AP y lateral): se observa fractura subcapital de fémur derecha.

JUICIO CLÍNICO: Tras el estudio del caso podemos establecer el diagnóstico de fractura subcapital de fémur derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Importante hacer un diagnóstico diferencial entre las diferentes fracturas de cadera, ya que dependiendo de ésta, se establece el tratamiento. En este caso tenemos una fractura subcapital de fémur, pero podemos encontrarnos con infinidad de fracturas según su localización (subtrocantérica, transcervical, del trocánter mayor o menor...) Y de diversa índole (con o sin desplazamiento, con o sin otras estructuras comprometidas, abiertas o cerradas, estables/inestables...).

PLAN DE CUIDADOS: Intervención quirúrgica para colocar prótesis en cadera. Profilaxis tromboembólica. Analgesia. Movilización y rehabilitación tras valoración de la placa de control.

CONCLUSIONES: La prevalencia de fractura de cadera ha ido en aumento en los últimos años por el envejecimiento de la población, ya que afecta principalmente a la tercera edad y en la mayoría de casos son resultado de caídas. Es un problema de salud pública importante por su frecuencia, riesgo y el coste económico. Además aumenta la tasa de mortalidad. A los mayores de 65 años con fracturas de cadera hay que ofrecerles asistencia multidisciplinaria e integral ya que este tipo de patologías afectan por completo a las necesidades del paciente no pudiendo llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria y por tanto, pierden la capacidad funcional e independencia.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA DE CADERA, CAÍDA, DIAGNOSTICO, TERCERA EDAD, ENVEJECIMIENTO.

EL USO DE ESPESANTE EN PACIENTES CON DISFAGIA A LÍQUIDOS

ROSA MARIA BARBERO RAMIREZ, MARIA JOSEFA RUIZ MURILLO, GLORIA BARBERO RAMIREZ

INTRODUCCIÓN: Se entiende por disfagia a la dificultad de realizar de manera segura y eficaz, el proceso normal de la deglución del bolo alimenticio, los líquidos y la saliva. La disfagia no es una enfermedad, es un síntoma que aparece en situaciones y patologías muy variadas y adquiere importante relevancia clínica, ya que puede tener repercusiones graves para la salud y afectar significativamente la calidad de vida del paciente que la presenta. Es importante evitar que los pacientes que sufren ésta patología ingieran alimentos líquidos porque en esta situación podría producirse un episodio de atragantamiento o broncoaspiración (paso de líquido a la vía respiratoria) y tener riesgo de neumonía. Se debe realizar una valoración del estado nutricional y de la capacidad del paciente para deglutir.

OBJETIVOS: Identificar los beneficios e inconvenientes del uso de espesante en pacientes con disfagia a líquidos.

METODOLOGÍA: Estudio realizado en un Centro Geriátrico de la provincia de Córdoba durante el mes de diciembre de 2017. Incluyéndose a los 70 residentes de dicho centro en este estudio.

RESULTADOS: Según el estudio realizado en éste centro, el 20% de residentes tiene disfagia a líquidos, de los cuales un 14% tomaba espesante. Del 6% restante un 3% sufrió una broncoaspiración que derivó a neumonía.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con disfagia a líquidos que toman espesante o agua gelificada, tienen menos probabilidad de sufrir atragantamiento o broncoaspiración y podrán prevenir la deshidratación por falta de líquidos. La modificación de la consistencia de los líquidos usando espesante o espesando de forma natural, por ejemplo en leche o café añadir galletas o bollería, y teniendo en cuenta técnicas posturales que faciliten la deglución, evitará que los pacientes sufran atragantamientos.

PALABRAS CLAVE: ESPESANTE, DISFAGIA, ATRAGANTAMIENTO, LIQUIDOS.

ASOCIACIÓN ENTRE DIABETES Y DEMENCIA EN POBLACIÓN ANCIANA

MARIA NADIA MARIN JIMENEZ, CAROLINA BASSO RUIZ, ESTEFANIA VIÑUALES CASAS

INTRODUCCIÓN: Actualmente, hay más de 24 millones de personas en todo el mundo con demencia, y se espera que este número se duplique cada 20 años, llegando a 81 millones en 2040. La evidencia científica muestra que, el riesgo de sufrir demencia, está influenciado por otras comorbilidades que a menudo se observan en pacientes ancianos, como hipercolesterolemia, hipertensión y diabetes. La diabetes mellitus (DM) en particular se ha asociado con la disminución de las capacidades cognitivas, como la memoria y la función ejecutiva.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica en relación a la asociación entre diabetes y demencia en pacientes ancianos.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en las siguientes bases de datos bibliográficas: PubMed, MEDLINE y Cochrane, Se utilizaron como criterios de inclusión: artículos publicados en inglés y castellano y texto completo disponible. Se excluyeron aquellos artículos que no cumplieron los criterios de inclusión Finalmente se revisaron un total de 12 trabajos.

RESULTADOS: Los estudios analizados reflejan cierta controversia en cuanto a los resultados. Algunos artículos concluyen que, los pacientes con un diagnóstico de diabetes mellitus, tienen menos probabilidades de sufrir demencia relacionada con Alzheimer. Sin embargo, en contraposición con estos hallazgos, otros trabajos determinan que no existe una asociación significativa entre la diabetes y la frecuencia de demencia o ninguna causa neuropatológica, a pesar de que la diabetes se asocia con un deterioro cognitivo vascular.

CONCLUSIÓN: En cuanto a la relación entre la diabetes y la demencia, los trabajos analizados no muestran resultados concluyentes que nos permitan vincular ambas variables, por lo que la asociación entre ellas es aun inconclusa. Es por ello, que se necesita una investigación más en profundidad que nos permita conocer si la diabetes propicia el desarrollo de demencia.

PALABRAS CLAVE: DEMENTIA, DIABETES, ALZHEIMER, GLICEMIA.

HERPES ZÓSTER EN EL ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ESTHER VILCHEZ PIMENTEL, ANA BELEN CID SANCHEZ, M ALMUDENA RUIZ MORALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se presenta el caso de mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial y artrosis que acude por dolor en espalda, región dorso medial izquierda, que no cede a analgésicos comunes. Se le pauta nueva tanda de analgésicos más potentes y al día siguiente acude por reagudización del dolor y aparición de vesículas en región dolorosa. Se diagnostica de herpes zoster y se inicia tratamiento con aciclovir y amitriptilina, cediendo el cuadro en una semana.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Dolor urente junto a lesiones vesiculosas eritematosas arracimadas en región dorso medial de la espalda en trayecto ascendente. No sintomatología asociada. Tensión arterial 15/90. Analítica normal, con fórmula leucocitaria en parámetros normales. Radiografía de tórax, ligera cardiomegalia, el resto normal.

JUICIO CLÍNICO: Herpes Zóster de reciente aparición. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** De las lesiones cutáneas: impetigo, eccema herpeticum, penfigoide y otras enfermedades ampollasas, enfermedad mano-pie-boca. Del dolor: Patología del hueso, músculo o víscera que se sitúa por debajo del dermatoma afectado, Mononeuritis diabética Patología vertebral: aplastamiento, degeneración, neoplasia, Isquemia cardiaca, Pleuritis, Tabes dorsal

PLAN DE CUIDADOS: Higiene adecuada para evitar la sobreinfección bacteriana, analgésicos, aciclovir 800mg oral 5 veces al día durante 5 días y amitriptilina 25mg por la noche durante 3 meses.

CONCLUSIONES: La enfermedad causada por herpes zoster es un cuadro importante para la salud pública porque tiene una elevada morbilidad a causa de sus complicaciones. Por tanto es importante identificar de manera precoz el cuadro y comenzar el tratamiento en las primeras 72 h desde la aparición de las lesiones cutáneas para poder evitar las complicaciones, sobre todo la neuralgia postherpética que es la mas frecuente en el anciano.

PALABRAS CLAVE: NEURALGIA POSTHERPETICA, ANTIVIRALES, LUMBALGIA, HERPES ZÓSTER.

ANÁLISIS DEL RECHAZO A VACUNARSE EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

MANUEL CALVILLO MAZARRO, CAROLINA LOPEZ CARRILLO, ANA GLORIA GARCÍA FLORES

INTRODUCCIÓN: A pesar de que la vacunación contra el virus de la gripe o el neumococo cobra especial importancia en los colectivos de mayor riesgo, como es el caso de los mayores de 65 años, en las residencias geriátricas aún existe un porcentaje significativo de personas que deciden no vacunarse.

OBJETIVOS: Identificar el índice de residentes en residencia geriátrica que no se vacunan en la última campaña contra la gripe y enfermedad neumocócica, así como los motivos a los que aluden para no vacunarse.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal en residencia geriátrica de la Sierra de Segura a partir de los registros de salud correspondientes a la campaña de vacunación y de una breve entrevista individual.

RESULTADOS: De las 44 personas residentes, 9 residentes (20,45%) decidieron no vacunarse, siendo más del doble el porcentaje de hombres que se negaron (30% - 6% respectivamente). Tres fueron los motivos a los que aludían para no vacunarse: “No quiero” (7 personas); “Nunca me he vacunado”(1 persona) y “El año pasado me sentó muy mal” (1 persona). En general el número de enfermedades crónicas que presentan los que se niegan es menor, sin embargo el porcentaje de ancianos que no se han vacunado y presentan alguna patología psiquiátrica es significativamente mayor.

CONCLUSIÓN: La resistencia a vacunarse pone riesgo no solo el propio estado de salud, sino también el del resto de residentes con los que conviven. En nuestro caso se observa mayor tendencia a no vacunarse entre hombres que entre mujeres y es independiente de la edad. Sí parece estar relacionado con padecer menos enfermedades crónicas y con la presencia de patologías psiquiátricas. Se deberían tener en cuenta estos factores en las acciones y tipo de mensajes argumentos que se utilizan a la hora de educar en salud y tratar de convencer a estas personas especialmente resistentes a la vacunación.

PALABRAS CLAVE: CAMPAÑA VACUNACIÓN, RESISTENCIA VACUNACIÓN, RESIDENCIA GERIÁTRICA, NEUMOCOCO, GRIPE.

ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO INSTITUCIONALIZADO

FRANCISCO JOSÉ VIDAL MAESTRE, NATALIA ACOSTA CEBALLOS, MARÍA TERESA GUIJARRO ROBLES, MARTA IZQUIERDO PRADOS, MARIA REYES BRAVO, BEATRIZ SANTA MUÑOZ MORAL

INTRODUCCIÓN: La disfagia se define como la dificultad para la deglución. Existen diversas causas que pueden generar disfagia, pero la más frecuente en el paciente geriátrico institucionalizado es la patología neurológica. Existe una elevada prevalencia en este colectivo (en torno al 40%). De cara a evitar las posibles complicaciones, se emiten una serie de recomendaciones para detectar y tratar la disfagia en el paciente geriátrico institucionalizado.

OBJETIVOS: Analizar la labor de enfermería como agente responsable de los cuidados en la detección y tratamiento de la disfagia y prevención de las posibles complicaciones.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica. Búsqueda en las bases de datos Scielo y ScienceDirect, selección de las publicaciones más relevantes, análisis y cotejo con la experiencia laboral para la emisión de unas recomendaciones basadas en la evidencia.

RESULTADOS: La disfagia afecta en mayor medida a mujeres, con gran dependencia física y deterioro cognitivo severo. La disfagia a líquidos es la más frecuente y se reduce significativamente la incidencia de complicaciones con el uso de espesantes comerciales. A pesar de ser una patología con una elevada prevalencia, en muchos casos, la disfagia no aparece en la historia clínica de los usuarios.

CONCLUSIÓN: Las complicaciones de la disfagia son el atragantamiento y la aspiración, con el consiguiente riesgo de neumonía aspirativa. Debido a la gravedad de las complicaciones, es necesario conocer los signos de alerta indicativos de disfagia, es preciso que la disfagia figure en la historia clínica y primordial adecuar la textura de los alimentos y líquidos a las necesidades del usuario.

PALABRAS CLAVE: DISFAGIA, ANCIANO, MEDIDAS DIETÉTICAS, PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

JULIETA ROMERO VILLALBA, MARÍA SÁNCHEZ NAVARRO, MARINA MARTÍNEZ LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer se trata de un trastorno neurodegenerativo que provoca un deterioro progresivo de la función cognitiva dando lugar a una afección de tipo funcional. Es la forma más frecuente de demencia y la prevalencia se sitúa en torno al 0,6-0,7% en Europa en el intervalo de edad de 65-69 años.

OBJETIVOS: Analizar la influencia de la edad y el envejecimiento en la enfermedad de Alzheimer.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en diversas bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane. Se emplearon diferentes descriptores tales como: Aging, memory, memory disorders, alzheimer and alzheimer disease. Los filtros empleados fueron: acceso libre de forma gratuita al documento, artículos desde 10 años atrás hasta ahora, en relación con humanos, edad mayor de 65 años y que se trataran de ensayos clínicos o revisiones bibliográficas.

RESULTADOS: Tras la bibliografía consultada ciertos autores comparten que el Alzheimer se trata de una enfermedad de etiología multifactorial debido a que influyen una gran variedad de mecanismos: tóxicos, traumáticos, inflamatorios, genéticos, vasculares, infecciones y degenerativos. La teoría más aceptada en la combinación de diversos factores de riesgo tanto modificable como no modificable como es la edad, sexo, predisposición genética, factores ambientales y estilos de vida, y que no solo se debe a un único factor.

CONCLUSIÓN: La pérdida en el progreso y avance de la enfermedad se hace más agravante y se asocia a otras alteraciones cognitivas tales como déficit de atención y comprensión. Hay relación entre envejecimiento y enfermedad de Alzheimer dado que constituye una demencia, las cuales tienen mayor prevalencia en edades avanzadas, aunque no puede considerarse como un proceso normal y fisiológico del envejecimiento. Es importante una detección temprana y concienciar a la sociedad de estas enfermedades neurodegenerativas, en este caso enfermedad de Alzheimer.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, EVOLUCIÓN, PÉRDIDA DE MEMORIA, TERCERA EDAD.

EMPODERAMIENTO DE PERSONAS MAYORES EN RESIDENCIA

ROSA MARIA PEREZ GONZALEZ, ANGELA ROCES MENÉNDEZ, ANGEL JOSE CALVO DE DIOS

INTRODUCCIÓN: En el cambio de usuarios pasivos de los servicios prestados en una residencia a participantes activos en la organización del Centro, es necesario la presencia de un proceso de empoderamiento de las personas mayores que de lugar a la recuperación de la capacidad para tomar decisiones, aumentando la confianza y la autoestima.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica sobre el empoderamiento de personas mayores en residencia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Se ha comprobado que tiene lugar una participación efectiva en la organización de la vida en el Centro, eligiendo actividades, menús, adecuación de horarios, decoración de zonas comunes y privadas con elementos personales que permiten conseguir un ambiente familiar. Se intenta evitar los cambios de turno mañana/tarde, hay un profesional de referencia. Mayor facilidad para la participación e información de la familia.

CONCLUSIÓN: Recuperación notable de facultades en las actividades de la vida diaria así como de competencias para personas en situación de dependencia. Es decir, mejora de su nivel de autonomía.

PALABRAS CLAVE: EMPONDERAMIENTO, PERSONAS, MAYORES, RESIDENCIA.

MALTRATO EN EL ANCIANO: UNA PROBLEMÁTICA SOCIAL

VIRGINIA SÁNCHEZ DÍAZ, ALEJANDRO GONZALEZ INFANTES, TAMARA SANCHEZ AGUDO

INTRODUCCIÓN: El maltrato en el anciano se define como un acto único o repetido, o la falta de acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o distrés a una persona mayor.

OBJETIVOS: Analizar el contexto del maltrato en el anciano. Identificar un plan de actuación enfocado prioritariamente, a los equipos de atención primaria de salud. Conocer las diferentes formas de maltrato que pueden darse.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en: Medline Plus, Lilacs, Cuiden Plus, Scielo y el metabuscador Cochrane. Se emplearon como facilitadores de búsqueda los descriptores: maltrato, anciano, abordaje sanitario, edadismo y protocolos. El criterio de selección de los artículos se realizó mediante la parrilla de valoración crítica CASPe.

RESULTADOS: La mayoría de los casos son diagnosticados por los servicios sociales y en hospitalizados. Para su prevención y diagnóstico desde Atención Primaria, la Enfermería y resto de personal implicado, debe conocer factores de riesgo, situaciones de especial vulnerabilidad, así como también, pautas y protocolos de actuación según cada caso. Ante sospecha de maltrato o certeza del mismo denuncia inmediatamente al Juzgado, o Fiscalía. Se comunicará también a los Servicios de Inspección y Registro del Departamento de Acción Social y Ciudadanía, lo cual irá unido junto con mediación y seguimiento de personal multidisciplinar. El maltrato en el anciano es aún hoy día, un tema tabú, oculto y poco indagado.

CONCLUSIÓN: El dolor y las esferas humanas afectadas (física-social-emocional) son las mismas que en niños y adultos, por lo que el tratamiento de prevención, diagnóstico y abordaje terapéutico debe ser el mismo, de modo que se salvaguarden los derechos y la integridad holística del anciano, el cual, la mayoría de las veces, es un ser indefenso que sufre en silencio.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, MALTRATO, ENVEJECIMIENTO, EDADISMO.

DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO RELACIONADO CON DESEQUILIBRIO VENTILACIÓN-PERFUSIÓN MANIFESTADO POR TOS NO EFECTIVA Y CIANOSIS

LUCIA ROJAS DIEGUEZ, ALBA RODRIGUEZ ALCÁNTARA, NOELIA PERAGON TRIGO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer institucionalizada de 92 años diagnosticada de demencia tipo Alzheimer. Su tratamiento habitual: Memantina 10 mg 2-0-0, Rivastigmina parche transdérmico 9,5 mg/24 h, 1-0-0, Atorvastatina 0-0-1. Presenta en cena tos no efectiva, cianosis periférica y sudoración profusa sin respuesta a estímulos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 90/40 FC 82 SatO₂ 79% T^a 36,7°C.

JUICIO CLÍNICO: Diagnostico NANDA: 00030 - Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación-perfusión m/p tos no efectiva y cianosis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 0410 - Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. Asfixia: Valor inicial: 1. Valor final: 4 0403. Estado respiratorio: ventilación Disnea de esfuerzo: Valor inicial:1. Valor final: 4.

PLAN DE CUIDADOS: INTERVENCIONES NIC: 3140 Manejo de las vías aéreas Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. Identificar al paciente que requiera de manera real / potencial la intubación de vías aéreas. Colocar al paciente en posición tal que se alivie la disnea. Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación, si procede. 3320 Oxigenoterapia Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial), si procede. Asegurar la recolocación de la máscara / cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo. Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.

CONCLUSIONES: La broncoaspiración es una patología muy frecuente en la institucionalización de ancianos con problemas de deterioro cognitivo y deglución, por esto, es muy importante el papel de enfermería tanto en su prevención como tratamiento. Para evitar este problema sería necesario adaptar la dieta a las características del paciente, colocarle en posición semi-Fowler con ligera inclinación de la cabeza, evitar distracciones y somnolencia durante la comida, por el riesgo de una mala deglución.

PALABRAS CLAVE: INTERCAMBIO GASEOSO, VENTILACIÓN-PERFUSIÓN, TOS, CIANOSIS.

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO CON SOBREDOSIS DE SINTROM

LAURA GARRIDO UTANDA, ISABEL MARÍA LUCENA CABELLO, LAURA EXPOSITO VILLEGAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 89 años acude a urgencias por un episodio de rectorragia abundante en forma de sangre oscura con coágulos, sin dolor abdominal. Enfermedad actual: HTA, DM tipo2, anticoagulación con sintrom, Insuficiencia renal crónica con creatinina basal 1.8, Deterioro cognitivo, Intervenido de valvuloplastia aórtica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril. TA 98/64mmHg. FC 63lpm. Sat 94%. Eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratorio: tonos rítmicos con soplos sistólicos y chasquido de válvula aórtica metálica. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no signos de peritonismo. No palpo masas ni megalias. RHA conservadas. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Tacto rectal: dedil manchado de sangre. No palpo masas Analítica de sangre: - Hematimetría: Hb 9.3, Hto 28,2%, VCM 94, leucocitos 10700 (neutrófilos 77%), plaquetas 257000. - Coagulación: INR 3.2 (Previa esta tarde 4,5), TpAct 18%. - Bioquímica: glucosa 246, urea 138, creatinina 1.3, Sodio 140, potasio 3.6, Bilirrubina 0,5, AST 22, ALT 48, FA63, GGT77. Gasometría al ingreso: pH 7.49, P02 77, Pco2 29, HCO3 24.3, BE-12, Hb 9.4. RX de Abdomen: no signos de perforación ni obstrucción.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia digestiva de probable origen bajo en paciente pluripatológico anticoagulado con sintrom. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Sobredosificación de sintrom.

PLAN DE CUIDADOS: Tratamiento prescrito: Amoxicilina –clavulónico 1 comp. Cada 8h durante 5 días. Deflazacort 30mg 1 comp. Durante 3 días, $\frac{3}{4}$ de comp. Durante 3 días, $\frac{1}{2}$ comp. Durante 3 días, $\frac{1}{4}$ comp. Durante 3 días, y luego suspender. Clexane 60mg 1 inyección subcutánea cada 24 h y valorar si reintroducir sintrom en una semana. Beber abundantes líquidos, con precaución de atragantarse. Aspirar secreciones de vías aéreas altas si es preciso.

CONCLUSIONES: La hemorragia es el signo principal de la intoxicación con anticoagulantes orales. Los síntomas más frecuentes observados son: hemorragia cutánea (80%), hematuria (52%), hematomas, sangrado gastrointestinal, etc.

PALABRAS CLAVE: RECTORRAGIA, SINTROM, SOBREDOSIFICACIÓN, PLURIPATOLÓGICO.

RESPUESTA FARMACOLÓGICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

IRENE MORILLAS CÁMARA, ANDREA GOMEZ BENITEZ, MARÍA ESTHER PIÑERO SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: En el paciente geriátrico se ve aumentada la toma de medicamentos debido a la pluripatología. La respuesta a los fármacos es modificada por unos factores relacionados con la edad, es importante saber cómo nos afectan para minimizar los riesgos que conllevan. Los efectos secundarios que produce la polifarmacia pueden tener unas consecuencias terapéuticas que afectan a la eficacia del tratamiento, aumentan las reacciones adversas y las interacciones entre fármacos.

OBJETIVOS: El objetivo principal de la revisión bibliográfica es conocer los factores que modifican la respuesta a los fármacos en el paciente geriátrico y como objetivo secundario la importancia de disminuir la automedicación y efectos adversos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la literatura comprendida entre 2012 y 2017, mediante el uso de los siguientes términos de búsqueda: paciente geriátrico, pluripatología, fármacos, efectos adversos, polifarmacia. Las bases utilizadas fueron Science Direct, Pubmed y Medline. Se hizo una breve lectura y se seleccionó la información más destacada para el desarrollo de la presente revisión.

RESULTADOS: La mayoría de los pacientes geriátricos sufren pluripatología y la polifarmacia nos ayuda a prolongar la esperanza de vida y mejorar la calidad de esta. Sus efectos secundarios abundan, pero el resultado es más favorable.

CONCLUSIÓN: La esperanza de vida va en aumento, por tanto, debemos de conocer cómo solventar o mitigar los efectos secundarios producidos por los fármacos. Es fundamental el uso adecuado de la farmacología y así poder disminuir la automedicación y como consecuencia la polifarmacia.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE GERIÁTRICO, PLURIPATOLOGÍA, FÁRMACOS, POLIFARMACIA, EFECTOS ADVERSOS.

ASIMETRÍA FACIAL EN PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO PREVIO

MARÍA REYES ROSERO, MARÍA DEL SOL BLANCA SEGURA, ELOISA PIÑERO FLORES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 72 años que consulta por parálisis facial de 3 días de evolución. Otagia en días previos. No AMC. AP de hipercolesterolemia. ACVA en enero de 2014. ACVA hemorrágico en abril 2014. Déficit de B12. HTA. Deterioro de la movilidad física.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, eupneico. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. No ingurgitación yugular. GCS 15. Consciente y orientado, pupilas mióticas reactivas. Disminución fuerza hemicuerpo izqdo como secuela de ACVA previo. Parálisis facial izquierda con desviación comisura bucal , ptosis palpebral. Otoscopia: no lesiones dérmicas en conducto auditivo externo oído izquierdo ni en pabellón auricular. Membrana timpánica izquierda deprimida y deslustrada.

JUICIO CLÍNICO: Parálisis facial periférica izquierda idiopática (o parálisis de Bell). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ACVA / parálisis central , herpes zóster conducto auditivo (Sd. Ramsay-Hunt).

PLAN DE CUIDADOS: Se pauta ciclo corticoide en pauta descendente, carmelosa monodosis colirio y carbómero gel oftálmico. Se cursa consulta diferida con ORL; dos semanas después paciente asintomático, sin parálisis, a la EF presenta queratitis OI por lo que es derivado a Oftalmología.

CONCLUSIONES: 1)Es clave la afectación del párpado para distinguir parálisis periférica de central en dónde no se afecta. 2) No olvidar exploración dérmica y del CAE para descartar Sd. Ramsay Hunt. 3) Siempre pautar protección ocular para evitar queratitis oftálmica secundaria .

PALABRAS CLAVE: ACVA, PARALISIS FACIAL PERIFERICA, PTOSIS PALPEBRAL, DESVIACION COMISURA LABIAL.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN LOS MAYORES

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ MORENO, SERAFINA RUIZ REYES, ROSA MARIA AZOR GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: La Geriátría es una subespecialidad de la Medicina Interna, ofrece un abanico de servicios destinados a la población adulta mayor y a sus familiares o cuidadores. La Geriátría se preocupa de prevenir-tratar-rehabilitar las enfermedades que afectan a las personas mayores, como también lograr una buena reinserción social de ellas en la comunidad.

OBJETIVOS: Identificar las escalas que se utilizan.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Realizar una valoración integral, proceso diagnóstico, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, sociales y psíquicos que pueda presentar el anciano, con objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos. Como instrumentos más específicos se usan las escalas de valoración que facilitan la detección de problemas y su evaluación evolutiva, incrementan la objetividad y reproductividad de la valoración y ayudan a la comunicación-entendimiento entre los diferentes profesionales que atienden al paciente. La valoración integral, es el mejor instrumento del que disponemos tanto a nivel hospitalario como en atención primaria para la correcta atención geriátrica. Facilita también la adecuada utilización de los diferentes niveles asistenciales y brinda una mayor eficiencia en la administración de los recursos que demanda una población cada vez más envejecida. Otros beneficios son: Mayor precisión diagnóstica. Reducción de la mortalidad. Mejoría del estado funcional. Utilización correcta de los recursos. Disminución de la institucionalización. Disminución de la estadía hospitalaria.

CONCLUSIÓN: Los fines de la Geriátría son lograr que todo anciano tenga una evaluación médica integral y un tratamiento apropiado/adequado, y no sólo alargar la vida, sino lograr que los adultos tengan una vida útil y feliz.

PALABRAS CLAVE: RECURSOS, VIDA, GERIATRÍA, EVALUACIÓN, VALORACIÓN.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS QUE SUFREN SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

JAIME BELLIDO MANZANO, ELENA PISONERO ALONSO, MARIA DEL CARMEN JIMENEZ GAITAN, HECTOR TOMAS LOPEZ OLIVER, JORGE MARCOS PIRIS, BELÉN NUNCIO GONZALEZ, NATALIA SAMBOLA SANMARTIN, CRISTINA RODRIGUEZ RUIZ, JOSEP ORIOL PUIGCERCOS LOPEZ, VERONICA MUÑOZ CARRILLO, JORDI BONACHE OLIVER

INTRODUCCIÓN: El síndrome confusional agudo (SCA) o delirium es un trastorno caracterizado por alteraciones del nivel de conciencia, así como de las funciones cognitivas. Suele iniciarse de manera repentina, durante un periodo de tiempo breve, y es generalmente reversible y prevenible. La sintomatología fluctúa durante el día (habitualmente con empeoramiento nocturno). Destacar que, el trastorno del comportamiento más frecuente en ancianos hospitalizados.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de unos buenos cuidados enfermeros en la prevención del SCA. Determinar la importancia de la prevención del SCA.

METODOLOGÍA: El estudio se realizará mediante la observación transversal, durante el periodo de dos meses, de 35 pacientes ingresados en la Unidad de Geriátría de un hospital. Como procedimientos encontraríamos los siguientes: Control del dolor c/8h, facilitar el ciclo sueño/vigilia, evitar dormir abundantemente de día, evitar pautas de medicación nocturna. Referente a otro sector, como serían las estrategias de comunicación encontraríamos las siguientes. Presentarse, dirigirse al paciente por su nombre, utilizar tono de voz adecuado, utilizar un lenguaje sencillo y claro ... Como medidas ambientales observaríamos; mantener una iluminación adecuada en la habitación, evitar ruidos innecesarios, estimular el autocuidado y la movilización precoz. Finalmente como última fase, encontraríamos la reorientación, que comprendería los siguientes baremos; traer objetos personales (fotos, radio..).

RESULTADOS: Como resultados relevantes encontramos los siguientes. Mayor grado de confort paciente/familia. Menor grado de aparición de SCA, así como de complicaciones (a consecuencia de las alteraciones de la conciencia, encamamiento prolongado ...).

CONCLUSIÓN: Los cuidados de enfermería (así como la colaboración de los familiares) resultan básicos en la prevención y el tratamiento precoz del SCA, ya que de ésta manera se reduce la morbilidad del paciente durante el ingreso, así como se aumenta la sensación de mayor grado de confort.

PALABRAS CLAVE: ANCIANOS, ENFERMERÍA, PREVENCIÓN, HOSPITALIZACIÓN, SÍNDROME CONFUSIONAL.

ALZHEIMER: ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD

SONIA VEGA ÁLVAREZ, SORAIMA MARÍA HUERGO FERNÁNDEZ, BORJA GONZÁLEZ MONTES, BEATRIZ GONZÁLEZ MONTES

INTRODUCCIÓN: Cuando existe una pérdida constante de acetilcolina, hablamos de una enfermedad neurodegenerativa, el Alzheimer. Esta enfermedad afecta a las células nerviosas, en las actividades mentales como el aprendizaje, la memoria y el pensamiento. Haciendo que el paciente llegue a ser completamente dependiente, en su estado más avanzado. Es importante proporcionar bienestar. Evitar el deterioro en la comunicación u la capacidad expresiva. Evitar el síndrome de desuso y prevenir las úlceras por presión. Fomentar la comunicación verbal y no verbal. Ayudar frente al deterioro de la deglución. Asesoramiento en la superación de problemas. Fomentar la realización de ejercicios activos como cambios posturales. Facilitar el aprendizaje del paciente. Proporcionar apoyo emocional al paciente familia y entorno.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de la función de los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante una enfermedad.

METODOLOGÍA: Búsqueda realizada en bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: El profesional deberá ayudar al usuario a conservar su autonomía, teniendo en cuenta que su labor se basará en intentar preservar las facultades ya sea mediante ejercicios de memoria o ayudándole en tareas de la vida cotidiana pero nunca intentando recuperar las facultades perdidas.

CONCLUSIÓN: Tenemos que tener en cuenta que el Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa e irreversible. No obstante a través de rutinas y hábitos podemos hacer que este proceso sea más lento, proporcionando autonomía al paciente en el mayor grado que nos sea posible para mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: BIENESTAR, ALZHEIMER, CALIDAD DE VIDA, INDEPENDENCIA, ACTUACIÓN DEL TCAE, AUTONOMÍA.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN FRACTURA DE CADERA EN UN PACIENTE CON ALZHEIMER EN ESTADO AVANZADO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 89 años que presenta un buen estado físico: deambula de forma autónoma sin ayuda técnica. Su deterioro cognitivo es avanzado, en algunas ocasiones se entiende lo que se le habla pero no es capaz de contestar coherentemente. Sufre una caída donde se fractura la cadera izquierda. Tras la intervención y un mes de reposo en casa acude al centro nuevamente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A través de su médico de cabecera observamos las RX que se le realizaron antes y después de la intervención donde se aprecia una fractura pertrocantérea.

JUICIO CLÍNICO: Fractura pertrocantérea. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la observación de la RX se apreció que la fractura se situaba entre el troncanter mayor y menor del fémur izquierdo.

PLAN DE CUIDADOS: Se le realiza intervención quirúrgica mediante reducción cerrada y con clavo gamma. Con la llegada al centro, tras su reposo en casa, se comienza a trabajar mediante ejercicios activos el fortalecimiento de la extremidad inferior izquierda. Debido al deterioro cognitivo de la paciente se hacen muy difíciles las sesiones con ejercicios y se pasa a deambular por el centro con ayuda de andador y una persona. El miembro afecto se muestra en rotación externa durante la deambulación, se intenta corregir.

CONCLUSIONES: A pesar de la dificultad del caso por ser una paciente con un alto grado de deterioro cognitivo de tipo Alzheimer se ha llegado a un resultado óptimo a nivel físico: la paciente es capaz de deambular por sí sola por el centro. Actualmente deambula por el centro de forma autónoma sin ayuda técnica con el miembro inferior afecto en rotación externa.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA PERTROCANTÉREA, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, FISIOTERAPIA, DEAMBULACIÓN.

TERAPIA PSICOLÓGICA PARA LA PREVENCIÓN DE NUEVAS CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

NOEMÍ GIL FERNÁNDEZ, EMILIA GALINDO LOPEZ, JUAN CONTRERAS GOMEZ

INTRODUCCIÓN: La caída es la causa más frecuente de accidentes en mayores de 65 años. Tras la misma, puede aparecer el denominado "Síndrome post-caída", en el que se producen modificaciones emocionales, psicológicas y sociales en el anciano, tales como: pérdida de la autonomía e independencia, disminución de actividades sociales y la sensación de inseguridad y fragilidad.

OBJETIVOS: Determinar la actuación que ayude a superar el miedo, favorecer la recuperación del equilibrio y la marcha, y evitar el temor a una nueva caída.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos: Cinalh, Elsevier y Scielo. El tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas. Se clasificaron 12 artículos de los que 4 fueron seleccionados finalmente. Se introdujo un filtro de fechas (2007-2017).

RESULTADOS: La utilización de técnicas operantes para el desarrollo de conductas como la denominada Encadenamiento, será el eje central del programa educacional. La conducta a conseguir se basará en la realización de subunidades de ésta. En primer lugar se trabajará la motivación del paciente, analizando los aspectos positivos que obtendrá potenciando al máximo su rehabilitación. Se intercalará de forma progresiva la realización de ejercicios de desplazamiento, en un principio ayudado por una persona, posteriormente por un bastón o andador y finalmente la persona sola con supervisión. Simultáneamente deberemos hacer hincapié en que el paciente defina de forma clara los motivos de por qué el caminar le produce miedo y buscaremos con él todas las soluciones posibles.

CONCLUSIÓN: La intervención debe ser llevada a cabo por todos los profesionales en contacto con el anciano y debe instaurarse lo antes posible. La recuperación psicológica y emocional del paciente y la familia es fundamental para la promoción de la salud del individuo y la prevención de futuras de caídas. Los programas de prevención de caídas deberían abordar ésta necesidad como prioritaria.

PALABRAS CLAVE: GERIATRÍA, INTERVENCIÓN, EDUCACIÓN, PSICOLOGÍA, ACCIDENTES POR CAÍDAS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALZHEIMER

FATIMA DE LOS REYES PALMA MARTINEZ-VILLASEÑOR, ROCIO MAYA DIAZ, MONTSERRAT ZAPATA HIDALGO

INTRODUCCIÓN: La población mundial actual es una población mayoritariamente envejecida. La vejez lleva consigo el desarrollo de múltiples enfermedades. Las demencias una de ellas, con una alta prevalencia, principalmente debido al Alzheimer. La evidencia científica muestra que el 65% de las personas mayores con demencia tienen Alzheimer. A nivel mundial, la familia es la institución que en la mayoría de los casos proporciona el cuidado de las personas con Alzheimer. No obstante, en el ámbito sanitario, la enfermera o enfermero es el único profesional de la salud capaz de asegurar el cuidado de un paciente desde un punto de vista biopsicosocial y espiritual.

OBJETIVOS: Analizar la literatura científica acerca de los cuidados de enfermería a pacientes con Alzheimer en estado moderado y avanzado de la enfermedad.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos; Pubmed, Cuiden, Cinalh y Scopus. La selección de artículos se efectuó en diversas fases y según unos criterios de inclusión, publicaciones desde 2011 a 2016, en español e inglés, artículos que tengan disponible el abstract y el texto completo.

RESULTADOS: Se escogieron un total de 20 artículos en los que se encontraron cuidados enfermeros de las diferentes dimensiones de la persona (física, psicológica, social y espiritual) de un paciente con Alzheimer. En la dimensión física, cuidados relacionados con la mejora de deambulación, la comunicación, el régimen terapéutico, entre otras. En la dimensión social y entorno físico, cuidados relacionados con el ambiente del paciente. En la dimensión psicológica, algunos cuidados como intervenciones psicosociales, terapias de comportamiento y terapia del sueño. Finalmente en la dimensión espiritual, tener en cuenta las necesidades espirituales del paciente.

CONCLUSIÓN: Las intervenciones enfermeras incluidas en esta revisión, promueven la autonomía e independencia de los pacientes con Alzheimer en la medida de sus posibilidades, intentando retrasar al máximo su pérdida.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERA, ALZHEIMER, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PREVALENCIA.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

MARIA LEONOR SANCHEZ LOPEZ, SUSANA RIQUELME RIQUELME, LAURA MARTINEZ RUIZ, MARIA RUIZ MATEOS, ANDREA GARCIA RIVERA, MARÍA DEL MAR PARRA GONZÁLEZ, THAYS REGADERA FRUTOS, ISABEL COY LOPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: S. G. R es una señora de 97 años institucionalizada en una residencia de ancianos con demencia (tipo Alzheimer) en fase muy avanzada. Hasta hace 8 años vivía con su hija, pero fue institucionalizada cuando dejó de andar (usando silla de ruedas) y se convirtió en dependiente para todas las actividades de la vida diaria. Padece diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial y una úlcera grado II en el trocánter derecho. Tratamiento farmacológico: metformina 850mg c/12h + enalapril 10mg c/24h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 138/81 mmHg FC 63 lpm SatO₂ 97% glucemia basal 121 mg/dl.

JUICIO CLÍNICO: Demencia severa tipo Alzheimer, HTA y DM II. **PLAN DE CUIDADOS:** DxE (00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro musculoesquelético, desuso y disminución de la fuerza muscular m/p limitación de la habilidad para las habilidades motoras finas. NOC (0201) Ambular: sillas de ruedas. NIC (6654) Vigilancia: seguridad. (0846) Cambio de posición: silla de ruedas. DxE (00155) Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física y disminución del estado mental. NOC (1912) Caídas. NIC (6460) Manejo de la demencia. (6490) Prevención de caídas. DxE (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la circulación y de la sensibilidad m/p destrucción de las capas de la piel. NOC (1102) Curación de la herida: por primera intención. NIC (3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico. (3660) Cuidados de las heridas.

CONCLUSIONES: La demencia tipo Alzheimer es una de las demencias más difícil de tratar, más costosa y más difícil de enfrentar en el entorno familiar, ya que supone la disminución progresiva de las funciones y capacidades de nuestro ser querido. Enfermería juega un papel fundamental en la atención al paciente y a la familia pues se encarga de apoyar emocionalmente y de hacer educación sanitaria en cuanto a tratamientos y pronóstico.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ALZHEIMER, GERIATRÍA, ENFERMERÍA.

IMPORTANCIA DE LOS CENTROS DE DÍA PARA REDUCIR LA DEPENDENCIA EN ANCIANOS

ALMUDENA RASTRERO RAMA, RAQUEL CORRAL BERBEL, ANA BELEN VARGAS OJEDA

INTRODUCCIÓN: Alrededor de un 25% de las personas mayores necesitan algún tipo de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Los centros de día son equipamientos donde los ancianos con algún grado de deterioro reciben atención y seguimiento individualizado en función de sus necesidades, facilitando un entorno preventivo, manteniendo y/o recuperando la autonomía para posibilitar que los usuarios sigan viviendo en su domicilio.

OBJETIVOS: El objetivo de nuestra investigación es ver si con el uso de estos servicios baja la dependencia de los ancianos mejorando su calidad de vida.

METODOLOGÍA: Sujetos. Seleccionamos una muestra de 20 ancianos, con una edad media de 75 años dependientes e independientes. De estos 20 ancianos, 10 son usuarios del centro de día y otros 10 no. Procedimiento. La investigación es de tipo descriptivo-observacional. Haciendo visitas al centro de estancia diurna y a los domicilios 1 vez cada 15 días, durante el periodo de abril a agosto de 2017. Instrumentos. Para valorar a los ancianos hemos utilizado la escala de Barthel (ABVD) y la escala de Lawton y Brody (AIVD).

RESULTADOS: Los resultados han sido obtenidos comparando las escalas realizadas, según las cuales un 50% de los usuarios del centro de día mantienen su independencia para las ABVD, un 40% han disminuido su dependencia y solo un 10% han aumentado su dependencia. Los ancianos no usuarios han mantenido su independencia para las ABVD un 60%, han disminuido su dependencia un 20% y han aumentado su dependencia un 20%.

CONCLUSIÓN: Las personas usuarias del centro de día aumentan la calidad de vida pues son atendidos por profesionales preparados para proporcionar cuidados necesarios, prevenir complicaciones e incapacidades y mantener las capacidades restantes del individuo durante el mayor tiempo posible.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, DEPENDENCIA, INDEPENDENCIA, CENTRO DE DÍA.

ABORDAJE INTEGRAL DE ÚLCERA POR PRESIÓN EN SACRO, EN PACIENTE GERIÁTRICO

ROCÍO GARCÍA CONTRERAS, FRANCISCO JESÚS OSUNA LUQUE, FRANCISCO RUBIO OSUNA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 88 años de edad, con antecedentes de diabetes, Alzheimer, HTA e incontinencia urinaria y fecal. Se encuentra encamado desde hace 2 años. Presenta úlcera por presión en estadio III, con placa necrótica, esfacelos, bordes macerados y se observa eritema alrededor de la lesión, con un tamaño aproximado de 7.5Cmx5.2Cm en sacro.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza desbridamiento quirúrgico en nuestro hospital, para eliminar la placa necrótica.

JUICIO CLÍNICO: Úlcera por presión en sacro de estadio III. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se observa zona cavitada en la región sacra tras largo periodo en cama, con una evolución desfavorable, por lo que la diagnosticamos como úlcera por presión.

PLAN DE CUIDADOS: Realizamos curas cada 48h combinando la aplicación de cadexómero yodado, un alginato y un apósito de espuma hidrorcelular con adhesivo de silicona con forma de sacro. Valoramos evolución durante 10 semanas y observamos desaparición del tejido esfacelado y ausencia de bordes macerados, apareciendo tejido de granulación y disminuyendo las dimensiones de la úlcera.

CONCLUSIONES: Consideramos que el tratamiento escogido es el correcto para este tipo de lesiones, puesto que se observa una clara mejoría de la herida.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA, SACRO, CUIDADOS, ALGINATO.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON ESCOLIOSIS QUE PRESENTA UN PROCESO GRIPAL

ANDREA GARCIA RIVERA, SUSANA RIQUELME RIQUELME, MARÍA DEL MAR PARRA GONZÁLEZ, LAURA MARTINEZ RUIZ, MARIA RUIZ MATEOS, THAYS REGADERA FRUTOS, ISABEL COY LOPEZ, MARIA LEONOR SANCHEZ LOPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: E. F. D es un señor de 83 años que reside en una residencia de mayores. Presenta escoliosis muy pronunciada lo que provoca disminución de la expansión de la caja torácica al respirar, dificultando la entrada de aire. Fue vacunado en octubre de la gripe pero estos últimos días ha presentado un proceso gripal: tos, mucosidad excesiva, febrícula y dificultad respiratoria. Tratamiento: gafas nasales a 2l/m 24h, combiprasal nebulizado c/12h, mucosan jarabe c/8h, paracetamol 650mg c/8h, enalapril 5mg c/24h y duodart 0,4/0,5 c/24h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 127/82 mmHg FC 83 lpm SatO₂ 91% FR 16rpm IMC 29,89 kg/m².

JUICIO CLÍNICO: Proceso gripal, hiperplasia benigna de próstata e HTA. **PLAN DE CUIDADOS:** DxE (00001) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas m/p nivel de actividad sedentario. NOC (1612) Control del peso. NIC (5614) Enseñanza: dieta prescrita. DxE (00030) Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación-perfusión m/p frecuencia, ritmo y profundidad respiratorios anormales e hipoxemia. NOC (0403) Estado respiratorio: ventilación. NIC (3140) Manejo de las vías aéreas (3320) Oxigenoterapia (3230) Fisioterapia respiratoria. DxE (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c secreciones bronquiales m/p disnea y cambios en la frecuencia respiratoria. NOC (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. NIC (0840) Cambio de posición (3250) Mejorar la tos.

CONCLUSIONES: La escoliosis es la curvatura anormal de la columna vertebral teniendo como agravantes la dificultad respiratoria que sumándose a un IMC alto, dificulta la expansión de la caja torácica. En los procesos gripales, este hecho dificulta el tratamiento y el pronóstico puesto que también se ve afectado el intercambio perfusión-ventilación. Enfermería es la encargada de realizar educación sanitaria al paciente, aplicar el tratamiento y tratar las posibles complicaciones que puedan derivar de este proceso.

PALABRAS CLAVE: GERIATRIA, CUIDADOS, ENFERMERIA, ESCOLIOSIS.

CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

MARIA DEL PILAR FERRER BUSTOS, MARÍA DE LAS NIEVES MINGORANCE MAROTO, ANA CAMACHO GONZALEZ DE AGUILAR

INTRODUCCIÓN: Las caídas en pacientes hospitalizados son un problema que preocupa a familiares y pacientes, por las consecuencias biopsicofisiológicas que pueden tener sobre la persona, y a profesionales sanitarios e instituciones, ya que la incidencia de caídas en un hospital es un indicador de calidad asistencial. Tras una caída, es común que el personal de enfermería sea el encargado de activar el plan de actuación, por eso es importante determinar las actividades que se realizan en dichas situaciones, para así disminuir el riesgo de caídas y optimizar los recursos del sistema sanitario.

OBJETIVOS: Reconocer las intervenciones de enfermería que se realizan en un paciente que ha presentado una caída o tiene riesgo de presentarla, y reconocer la importancia que tienen para el estado biopsicosocial del paciente.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sobre el tema, a través de bases de datos de salud como Scielo, Pubmed y el buscador académico de google.

RESULTADOS: Las intervenciones de enfermería que se realizan con más frecuencia ante una caída son: 6490 Prevención de caídas - 02 Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas. - 03 Controlar la marcha, equilibrio y cansancio en la deambulación. - 08 Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo - 16 Utilizar dispositivos físicos de sujeción que limiten la posibilidad de movimientos inseguros, si está indicado. - 29 Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo. - 43 Educar al paciente y a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuirlos.

CONCLUSIÓN: Una caída es un incidente imprevisible pero si prevenible, prevención que se lleva en gran parte por el personal de enfermería, con numerosas intervenciones y actividades sobre el paciente y su entorno. Es importante promover entre los cuidadores conductas seguras.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, HOSPITALIZACIÓN, GERIATRÍA, RIESGO DE CAÍDAS.

ESTUDIO SOBRE LA DIABETES EN EL ANCIANO

MARIA JOSEFA RUIZ MURILLO, GLORIA BARBERO RAMIREZ, ROSA MARIA BARBERO RAMIREZ

INTRODUCCIÓN: La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad frecuente en ancianos, ya que su prevalencia aumenta con la edad. A los 75 años aproximadamente el 20% de la población la padece y el 44% de los diabéticos tienen más de 65 años. La diabetes es una situación patológica típica de la edad avanzada más aun en mujeres que en hombres. Provocado por factores como: disminución de la actividad física aumento del tejido adiposo. Disminución de la secreción de la insulina, y otros factores.

OBJETIVOS: Analizar la relación entre la actividad física de los residentes y su control de glucemia

METODOLOGÍA: Se incluyen en este estudio los residentes diabéticos de un centro geriátrico de una pequeña localidad de la provincia de Córdoba que cuenta con 74 residentes de los cuales 23 son diabéticos. Se incluyen informes médicos, de enfermería y fisioterapia en este estudio.

RESULTADOS: Se observa que los ancianos que realizan actividades físicas diarias mejoran los niveles de glucemia en sangre, requiriendo menores dosis de medicación. Mientras que los que no realizan dichas actividades tienen descontrolado los niveles de glucemia.

CONCLUSIÓN: Para mejorar la calidad de vida, preservar la seguridad del paciente y evitar los efectos adversos del tratamiento antidiabético, sería recomendable que los sean participes dichas actividades. Dada la mayor predisposición de los ancianos a las hipoglucemias y sus graves consecuencias deberían priorizarse las terapias antidiabéticas que minimicen el riesgo de episodios hipoglucémicos. Con la actividad diaria, no solo se controla los niveles glucémicos, si no que disminuimos otros efectos secundarios como son las caídas.

PALABRAS CLAVE: DIABETES, INSULINA, HIPOGLUCEMIA, HIPERGLUCEMIA.

VISIÓN GLOBAL DE LA SEGURIDAD CLÍNICA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO

LAURA ISABEL DÍAZ CABELLO, ENCARNACIÓN UBAGO PALMA, ANGELES VICENTE PEREZ

INTRODUCCIÓN: Paciente polimedicado: persona con una o varias enfermedades crónicas que toma 5 o más medicamentos a diario y de forma continuada durante al menos 6 meses. España: la población > 65 años (18%) representa el 70% del gasto farmacéutico. El consumo medio de medicamentos en los mayores de 65 años es de 4 -8 fármacos/persona. La elevada prevalencia de pacientes crónicos polimeditados se debe al envejecimiento de la población y al avance científico que cronifica enfermedades que antes eran mortales.

OBJETIVOS: Determinar medidas para la educación sanitaria sobre medicación a la población > 65 años.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en bases de datos (MedlinePlus, Cuidar, Google académico, Indexy Cochrane) y formato libro. Causas: Fragmentación de la asistencia. Pérdida progresiva de autocuidados. Estilos de vida poco saludables. Gratuidad de la asistencia y medicación. Fugacidad en la relación con el enfermo. Pluripatología. Consecuencias: Deterioro físico y mental que disminuye calidad de vida. Utilización ineficiente de recursos sanitarios que aumenta efectos adversos. Morbi-mortalidad. Errores de medicación. Incumplimiento terapéutico (menor eficacia).

RESULTADOS: Se crea una guía de actuación enfermera para favorecer la seguridad clínica del anciano y se detecta precozmente posibles efectos adversos.

CONCLUSIÓN: Los cuidados de Enfermería irán encaminados a la detección precoz de cualquier efecto adverso. El trabajo multidisciplinar es prioritario para lograr una visión holística y evitar la polimedicación innecesaria. El envejecimiento de la población y la cronificación de enfermedades incrementa el nº de pacientes polimeditados. El personal de Enfermería tiene un papel clave en la captación, valoración y seguimiento de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, MEDICACIÓN, SEGURIDAD DEL PACIENTE, POLICLÍNICA.

ALZHEIMER: DIAGNOSTICO PRECOZ, FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

MARIA CANDELARIA BERMÚDEZ JIMÉNEZ, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA CUESTA, MARÍA TERESA CERVILLA SUÁREZ

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer es una demencia progresiva e irreversible en la que se afectan el lenguaje y la memoria principalmente. Según la OMS, cada año se diagnostican entre 6 y 7 millones de casos.

OBJETIVOS: Determinar los factores de riesgo y de protección del paciente con Alzheimer.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de distintas fuentes oficiales y bases de datos médicas relevantes.

RESULTADOS: El Alzheimer puede llevar un curso evolutivo de hasta 40 años, faltando sintomatología inicialmente y acelerando su progreso en los últimos años. Así, es importante un diagnóstico e instauración del tratamiento precoces. Por ello, es interesante que la población sea capaz de reconocer algunas señales de alarma de la enfermedad como pequeñas pérdidas de memoria, dificultad para la toma de decisiones o la resolución de problemas, dificultad de comprensión visual, problemas de lenguaje hablado y escrito, pérdida de objetos, trastornos del ánimo injustificados, desorientación tiempo-espacial. Se han estudiado qué factores pueden perjudicar o proteger frente al Alzheimer. De momento, la mayoría de factores se han asociado a la misma, pero solo unos pocos se han establecido claramente como causales de EA (Edad avanzada, sexo femenino, depresión y antecedentes familiares). Algunos son factores protectores relacionados en la dieta mediterránea, consumo crónico de AINE, alto nivel educativo, ejercicio físico, consumo moderado de café y vino. Y los factores de riesgo relacionados como las alteraciones cardiovasculares y el tabaco.

CONCLUSIÓN: Las personas que tengan algún factor de riesgo deben estar especialmente atentas a posibles señales de alarma de EA. Se debe estudiar más la relación de causalidad de los distintos factores vistos con la EA.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, DEMENCIA, FACTORES DE RIESGO, FACTORES PROTECTORES.

ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN INTRAHOSPITALARIAS

MAR CANALS PEDROLA, PATRICIA EGEA PINEL, MARÍA MOLERO MONSONÍS, JONATAN OLIMPO CARDENAS SUAREZ, YASMINA SERES FONTANET, MONTSERRAT PÀMIES LLOPIS, MARINA GÁLVEZ URIS, ROBERT LOZADA GUEVARA, MONTSERRAT LLAURADÓ VERNET, ANA CARABANTE MORATA, MARIA DE LOS REYES PONCELA GUTIÉRREZ

INTRODUCCIÓN: Las Úlceras por Presión son una causa común en las personas de tercera edad encamadas o con problemas para movilizarse durante una estancia en el hospital. La actuación de enfermería es fundamental para la prevención.

OBJETIVOS: Conocer los métodos de prevención de las UPP causadas en el ámbito hospitalario.

METODOLOGÍA: La metodología usada es una cerca bibliográfica basada en la búsqueda de artículos científicos en bases de datos como PubMed o MEDLINE. Así también como la búsqueda en la página principal de las UPP, la GENEAUPP.

RESULTADOS: Debemos valorar el riesgo que presenta un paciente en crear una UPP con la escala de valoración del riesgo Braden siendo la más específica y sensible según estudios. Se debe realizar al ingresar el paciente y revalorar una vez a la semana o cuando haya cambios en la persona, según protocolo hospitalario. Seguidamente se crean actuaciones individualizadas para cada paciente según sea su estado funcional. Las medidas a tomar son: Cambios posturales cada 2-3 horas para redistribuir el peso y la presión. Examinar la piel a diario en busca de enrojecimientos. Examinar las sabanas que estén lisas. Crear un plan de cuidados para pacientes que puedan mejorar la movilidad. Estimular la circulación con masajes cutáneos. Mantener la piel limpia y seca. Untar con ácidos grasos hiperoxigenados la piel sometida a presión. Utilizar los apósitos de espuma de poliuretano en las zonas con más presión de la prominencia ósea. Colchón antiescaras durante su hospitalización. Dieta adecuada para no sufrir una malnutrición.

CONCLUSIÓN: El abordaje de enfermería para la prevención de úlceras por presión a pacientes en ámbito hospitalario enlaza muchos aspectos para realizar un plan de cuidados para la persona hospitalizada de manera individual. Se debe tener en cuenta el estado del paciente, la movilidad, nutrición y material disponible.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERAS, PREVENCIÓN, ENFERMERÍA, PLAN DE CUIDADOS.

REVISIÓN DE MEDICACIÓN EN ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO, ANTONIO CALDERÓN RODRÍGUEZ, MARCELINO ARRIAZA GESTOSO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 83 años que acuden a urgencias refiriendo molestias dorsolumbares de carácter mecánico que intensifica con movimientos, no irradiadas sin cortejo vegetativo, pautándole AINES y calor local. Una semana después la familia acude a consulta de atención primaria refiriendo decaimiento intenso, palidez y desorientación, derivándose a urgencias hospitalarias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Regular estado general. Afebril. Auscultación cardio-pulmonar: normal. Abdomen: doloroso a la palpación de epigastrio, no irritación peritoneal, no masas ni megalias. En tacto rectal se objetivan melenas. Resto de exploración por aparatos normal. En analítica presenta anemia ferropénica requiriendo transfusión de dos concentrados de hemafés. Endoscopia digestiva alta se objetiva úlcera gástrica probablemente consecuenta a la toma de AINES.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia digestiva alta secundaria a AINES. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome constitucional por patología infecciosa o tumoral.

PLAN DE CUIDADOS: Es primordial la revisión de medicación en paciente especialmente susceptibles.

CONCLUSIONES: El anciano frágil es aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar, haciéndolo más vulnerable ante perturbaciones externas y más sensible a episodios adversos de salud. Se calcula que los mayores de 65 años consumen el 30% de los fármacos. En edades inferiores a 55 años, las reacciones adversas representan un 5-10% y en población geriátrica es del 20%. En el caso de los Aines: hemorragia gastrointestinal, anemia hipocroma y fracaso hepatorenal. En nuestra práctica clínica diaria debemos dedicarles tiempo a nuestros ancianos y tener en cuenta las siguientes pautas de tratamiento: evitar la prescripción por complacencia, usar dosis adecuadas (mínima dosis eficaz), valorar los posibles efectos indeseables e interacciones medicamentosas, intentar dosis única diaria o menor número de tomas diarias, explicar claramente como administrar el tratamiento y precaución ante la posible automedicación del paciente.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO FRÁGIL, MEDICACIÓN, EFECTOS SECUNDARIOS, ATENCIÓN PRIMARIA.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA AYUDA A LA ALIMENTACIÓN DEL ANCIANO

ELENA ROJAS HIDALGO, ROSA MARIA CASTRO ORTIZ, FRANCISCO CRUZ RIZOS

INTRODUCCIÓN: Cada vez hay más población anciana, un grupo muy diverso como lo son también las necesidades nutricionales que tienen. Este grupo de población es muy vulnerable a tener una mala nutrición, tanto por motivos propios de la edad, por los cambios físicos que con los años se producen, como por motivos asociados a la cantidad de medicación que suelen tomar.

OBJETIVOS: Determinar los casos en los que son más vulnerables a la malnutrición. Determinar los motivos y establecer unas pautas para mejorar la nutrición en el anciano.

METODOLOGÍA: Realizamos revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, de los estudios que se han publicado en los últimos cinco años, tanto en inglés como castellano. De los estudios revisados, hemos seleccionado 10. Estudiamos en una población de 4.645 Habitantes a 10 ancianos. Cruzamos datos de los estudios seleccionados de la revisión bibliográfica y de los ancianos que hemos seleccionado.

RESULTADOS: Encontramos que la población más vulnerable y con mayor problema de malnutrición, en orden decreciente son: Ancianos que viven solos o con otro anciano y tienen algún problema o alteración física. Con problemas de salud y con una elevada cantidad de medicación. Ancianos con una economía limitada. Ancianos que en edades anteriores tampoco ha llevado una alimentación variada y equilibrada.

CONCLUSIÓN: Establecer un orden alimentario, enseñarles a comer de manera equilibrada, estableciéndole un calendario de comidas, fáciles de elaborar y económicas, pueden ayudar a que se corrija o no se produzca la malnutrición.

PALABRAS CLAVE: MALNUTRICIÓN, ANCIANO, ALIMENTACIÓN, VULNERABLE.

LA IMPORTANCIA DE LA SEXUALIDAD EN LA TERCERA EDAD

MARIA ANTONIA CUENCA FONTAÍÑA, MARIA ROSALIA CABRAL DOMINGUEZ, MARIA NIEVES SANCHEZ HERRERA

INTRODUCCIÓN: La sexualidad en los mayores es muy importante para su calidad de vida. A lo largo de la vida, la función sexual se va modificando, manifestándose de forma diferente en hombres y mujeres.

OBJETIVOS: Analizar que la sexualidad y su vivencia es un aspecto muy importante en el área emocional y afectiva de los mayores y que está muy relacionada con con la satisfacción personal y la percepción de calidad de vida.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio a través de diferentes ejemplares y bases de datos científicas.

RESULTADOS: Hay que ser conscientes de que al igual que en resto de estructuras fisiológicas, los órganos sexuales se ven afectados con la edad. En los varones, las erecciones serán más lentas, así como la respuesta a la excitación. En la mujeres, habrá cambios en la elasticidad de la vagina, sequedad vaginal y la excitación también será más lenta. Los cambios son naturales y no tienen que significar la pérdida de actividad sexual, solo que las relaciones sexuales se disfrutarán de forma diferente.

CONCLUSIÓN: Las caricias, preludios, el tiempo, nuevos estímulos, serán muy importantes en esta etapa de la sexualidad, además de tener una actitud positiva. La necesidades sexuales pueden experimentar cambios, pero no desaparecen y es muy sano que los mayores la disfruten con total libertad y sin tapujos.

PALABRAS CLAVE: SEXUALIDAD, POSITIVA, CAMBIOS, SATISFACCIÓN.

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

MARÍA DOLORES GÁLVEZ FUENTES, CELIA ARÁNZA ZU GARCÍA VALENZUELA, MARIA DEL ROSARIO FUENTES VIÑOLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 70 años, con artritis reumatoide y antecedentes familiares de Alzheimer que acude a su médico de cabecera con distintos síntomas como son: fallos de memoria, temblores hasta entonces no conocidos, sensación de no reconocer su entorno habitual, dificultad para volver a casa y reconocer a los de su entorno y sueño no reparador y entrecortado. Se deriva al neurólogo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le realiza una exploración física, una entrevista personal con presencia de un familiar para contrastar las respuestas del paciente y una valoración geriátrica integral del paciente. Se le realizan pruebas complementarias como analítica básica, gasometría, hormonas, Rx de tórax, ECG, EEG, TAC y RM.

JUICIO CLÍNICO: Enfermedad de Alzheimer leve a moderada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El resultado de las pruebas concluye que el paciente no presenta demencia senil, ni enfermedad de Parkinson ni delirium, sino Alzheimer.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Alzheimer es un trastorno cerebral progresivo e irreversible que daña lentamente y destruye las células del cerebro, dando lugar a pérdidas de memoria, aptitudes del pensamiento e incluso la capacidad para llevar a cabo las tareas mas simples. No es parte de un envejecimiento natural y normal, sino que produce una serie de cambios anormales haciendo que mueran y marchiten las células cerebrales. La enfermedad de Alzheimer se produce porque en el cerebro se deposita en exceso una proteína denominada Beta-amiloide.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, BETA-AMILOIDE, NEURÓLOGO, CÉLULAS.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL ANCIANO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARÍA RUIZ ZAMBRANA, MARIA VICTORIA MARTINEZ ALCANTARA, CELIA MARIA CORDOBA MORALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 74 años institucionalizada. Una auxiliar de enfermería de la residencia avisa al equipo de enfermería del centro por alteración en el nivel de consciencia de una residente. Al valorarla presenta lateralización hacia el lado derecho por dolor en hipogastrio, Glasgow 14, disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, hematuria en absorbente y temperatura dentro del rango de la normalidad. Antecedentes personales: HTA, poliartrosis y diabetes mellitus tipo II.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Necesidades básicas 3,4, 5, 8, 9 y 14 de Virginia Henderson alteradas. Independiente para ABVD. Glucemia 190 mgr/dl, temperatura 36,4°C, FR 19 r. P. M, F. C 75ppm, TA: 110/60 mm Hg, 95% Sat O2. Se le realiza Combur test en orina obteniendo 3 positivos en leucocitos y 2 positivos en sangre.

JUICIO CLÍNICO: La médica del centro la diagnostica y le pauta tratamiento por presentar infección del tracto urinario. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Deterioro de la eliminación urinaria, déficit de autocuidados: baño/higiene, deterioro del patrón del sueño, dolor agudo, conocimientos deficientes, ansiedad, riesgo de caídas y disposición para mejorar los conocimientos.

CONCLUSIONES: Las infecciones del tracto urinario son las más frecuentes en la población geriátrica, esto es debido a las alteraciones y cambios producidos en el proceso de envejecimiento. Existe una mayor incidencia en pacientes con adenoma prostático, diabetes mellitus, incontinencia urinaria y/o fecal, cambios hormonales por menopausia, pacientes que pasan gran parte del tiempo encamados y pacientes sometidos a sondajes vesicales. El papel de la enfermera geriátrica es clave. Se debe identificar los signos y síntomas provocados por este problema de salud, valorar la evolución del estado de salud, controlar y supervisar la medicación pautada, la ingesta hídrica y la higiene. Además, es verdaderamente importante la educación sanitaria y todo tipo de actividades y medidas preventivas para evitar la aparición de nuevas infecciones.

PALABRAS CLAVE: ITU, INFECCIÓN URINARIA, ANCIANO, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

PROBLEMA SOCIAL EN URGENCIAS: A PROPOSITO DE UN CASO

MARIA CANO DELGADO, MARIA JESUS ARENAS PUGA, ANA MARÍA MARTÍN TARRAGONA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se recibe en la UVI móvil de Motril una llamada del 061 en la que nos indican que una paciente de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipemia y estreñimiento crónico no se puede desplazar del domicilio se encuentra con malestar general. Al dirigirnos al domicilio, vemos que en los últimos dos meses ha llamado diez veces y todas ellas por motivos distintos, acudiendo al domicilio UVI móvil, como prioridades 4. En todas las intervenciones refiere “encontrarse sola”.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente vive sola en casa unifamiliar, con vivienda en la primera planta con escaleras y sin ascensor, lo que limitaba la movilidad de la paciente; sin cuidador formal, acudiendo ocasionalmente “amigas”, según refiere la propia paciente. Se encuentra ansiosa, muy habladora y refiere que nadie se ocupa de ella. No tiene hijos. Se realiza el Índice de Barthel con una puntuación de 55 puntos, clasificando a la paciente como dependiente grave. Posteriormente, procedimos a la realización de un electrocardiograma que, se calificó dentro de la normalidad con un ritmo sinusal normal de 86 latidos por minuto. Glucemia capilar: 140 mg/dl. Tensión arterial: 135/65 mmhg normotensa.

JUICIO CLÍNICO: Ansiedad secundaria a estado de soledad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Aislamiento social. Procesos familiares disfuncionales.

CONCLUSIONES: Muchas de las asistencias no prioritarias que reciben los equipos de urgencias se deben a problemas sociales no detectados previamente, es por ello necesario la coordinación entre distintos profesionales, para dar solución a este tipo de casos que en ocasiones se quedan sin la solución adecuada.

PALABRAS CLAVE: SOCIAL, SOLEDAD, VEJEZ, GERIATRIA.

LA DISFAGIA EN EL PACIENTE ANCIANO

ELENA GARCIA MARTIN, SANDRA CHAVES MUROS, SILVIA ROSALES BELMONTE

INTRODUCCIÓN: La disfagia en el paciente anciano tiene una prevalencia entre el 7 y el 22%. Este proceso repercute de manera importante en el paciente anciano, llevándole incluso a la desnutrición; así como aumenta el riesgo de sufrir una broncoaspiración y el deterioro físico y emocional. El deterioro de la deglución suele estar relacionado con un problema neurológico ocasionado por patologías como el accidente cerebrovascular, el deterioro cognitivo y el parkinson, entre otras.

OBJETIVOS: Analizar las medidas a tener en cuenta en la alimentación del anciano con disfagia.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas en diversas bases de datos de ciencias de la salud. Seleccionándose artículos tanto en inglés como español.

RESULTADOS: Se deben tener en cuenta una serie de medidas a la hora de alimentar al paciente con disfagia: se colocara al paciente totalmente sentado y si está en cama elevar el cabecero más de 45°; evitando dar comida al paciente somnoliento o con bajo nivel de conciencia. Deberá estar tranquilo y vigilado. No se debe usar jeringas ni pajitas para administrar los alimentos; si será necesaria la utilización de cucharas de un volumen adecuado. Dependiendo del nivel de disfagia que tenga el paciente, las dietas se adaptaran en: dieta triturada, dieta adaptada mecánicamente o dieta de fácil masticación. La administración de fármacos orales en estos pacientes se debe realizar de forma segura. Además, se debe realizar una adecuada higiene en la boca del paciente para evitar posibles infecciones derivadas de una aspiración.

CONCLUSIÓN: Siendo la disfagia un problema prevalente en la población anciana, y mayormente en el paciente institucionalizado, se deben tener en cuenta todas las medidas necesarias para la mejora de la deglución del paciente, así como para evitar complicaciones derivadas de una broncoaspiración producida por una mala praxis.

PALABRAS CLAVE: DISFAGIA, ANCIANO, GERIATRIA, ENFEREMERIA, DETERIORO, DEGLUCION.

ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON FECALOMA

LAURA GUERRERO VALENTIN, ALICIA PINTOR CASTILLO, MARTA BEATRIZ SANCHEZ SORIANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 90 años que acude por ausencia de deposiciones de una semana de evolución. Refiere dolor abdominal cólico con hiperperistaltismo asociado que evolucionó a dolor continuo y tenesmo. Alternancia de estreñimiento y diarrea como ritmo intestinal habitual. Parestesias de MMII. Diabetes mellitus tipo 2 desde hace años en tratamiento con antidiabéticos orales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada e hidratada. Tª 37°C; FC rítmica a 60 lpm. TA 130/80 mmHg. Abdomen con distensión y timpanismo difusos. Ruidos hidroaéreos intestinales ausentes. Hipoestesia bilateral en calcetín. Ausencia reflejo rotuliano y patelar en MMII. Resto exploración física normal. Hemograma y parámetros bioquímicos en sangre normal; glucosa 180 mg/dl Radiografía PA tórax normal Radiografía simple abdomen con niveles hidroaéreos intestinales TAC pelvis: fecaloma en ampolla rectal Endoscopia digestiva: normal.

JUICIO CLÍNICO: Fecaloma en paciente diabética con patrón distributivo de polineuropatía.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Tenesmo por defecto en evacuación rectal. Alternancia estreñimiento-diarrea causante del trastorno de motilidad intestinal. Palpación heces duras en ampolla rectal: fecaloma Radiografía abdominal con niveles hidroaéreos intestinales característicos de íleo. Diabetes junto parestesias MMII indicadores de neuropatía diabética. Hipoestesia bilateral y arreflexia rotuliana manifestaciones de polineuropatía con patrón distributivo.

CONCLUSIONES: Paciente diabética con patrón distributivo de polineuropatía cuyas fibras C se encuentran lesionadas, lo que condiciona una disautonomía con los consiguientes trastornos de la motilidad intestinal y evacuación rectal. Esto favoreció la aparición de un fecaloma responsable, a su vez, de un íleo mecánico simple. Enfermería aplicó los siguientes cuidados: Apoyo emocional a paciente y familiares. Medidas de cuidados generales y específicas. Favorecer cumplimiento terapéutico. Educación sanitaria.

PALABRAS CLAVE: FECALOMA, NEURÓPATA DIABÉTICA, DIABETES, POLINEUROPATÍA.

REVISIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN ANCIANOS POLIMEDICADOS E INSTITUCIONALIZADOS

ANA BELÉN MORILLO MORA, SERGIO FERNANDEZ ESPINOLA, VIRGINIA GONZÁLEZ ROSA

INTRODUCCIÓN: Los pacientes ancianos institucionalizados con frecuencia presentan múltiples comorbilidades y son polimedicados, características que aumentan la susceptibilidad a padecer resultados negativos relacionados con la medicación. Cada vez más destaca la importancia de implementar herramientas que contribuyan a la mejora de la salud y calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVOS: Cuantificar y clasificar los problemas relacionados con la medicación (PRM) en una cohorte de ancianos institucionalizados en una residencia sociosanitaria.

METODOLOGÍA: Estudio observacional descriptivo que incluye a los residentes geriátricos institucionalizados con edad > 65 años, farmacoterapia > 5 fármacos crónicos e historia clínica y prescripciones electrónicas actualizadas. Se revisó la farmacoterapia crónica de estos pacientes según historia clínica electrónica y prescripciones activas. Clasificación de PRM según el tercer consenso de Granada. Variables: edad, sexo, número de medicamentos, número de comorbilidades, PRM detectados.

RESULTADOS: Población: 41 residentes (73.2% Mujeres). Edad media: 86.6 Años. Media de fármacos prescritos: 11.2. Media de patologías por paciente: 10.3. Se detectan 253 PRM potenciales en 25 pacientes (60.98% De los pacientes). Contraindicaciones: 11 (4.35%) En 7 pacientes (17.07%). Dosis, pauta y/o duración inadecuada: - Infradosificaciones: 20 (7.91%); 12 Pacientes (29.27%). - Sobredosificaciones: 26 (10.28%); 16 Pacientes (39.02%). - Alertas por tiempo de tratamiento: 43 (17%); 19 pacientes (46.34%). Duplicidades: 12 (4.74%); 6 Pacientes (14.63%). Interacciones: - Importantes a evitar: 4 (1.58%); 2 Pacientes (4.88%). - Importantes a evaluar actuación: 75 (29.64%); 14 Pacientes (34.15%). - Espaciar administración: 4 (1.58%); 4 Pacientes (9.75%). Otros: Medicamentos prescritos sin indicación evidente en historia clínica: 58 (22.92%); 23 Pacientes (56.1%).

CONCLUSIÓN: Se detecta una alta prevalencia de PRMs en nuestra muestra de pacientes, mayormente debidos a medicamentos prescritos sin indicación evidente o pautados inadecuadamente. Estos datos nos sugieren la necesidad de una actuación conjunta del farmacéutico y geriatra para implementar herramientas de desprescripción y adecuación del tratamiento crónico, así como la revisión periódica de la farmacoterapia.

PALABRAS CLAVE: PRM, ANCIANO, POLIMEDICADO, SOCIOSANITARIO.

PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

MARIA ISABEL MARTINEZ CARRUANA, CRISTINA MARÍA GARCÍA-LÁEZ CAMACHO, MARIA LOPEZ LORITE

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento de la población es un hecho que actualmente va en aumento. Este aumento es debido al incremento de la esperanza de vida. El gran reto actual es conseguir que las personas mayores no se sientan excluidas en cuanto a los avances tecnológicos. Son una herramienta muy útil para esta población ya que con ellas llevarías una vida más satisfactoria, mejorando la calidad de vida y la asistencia sanitaria.

OBJETIVOS: Conocer la importancia del uso de nuevas tecnologías en personas mayores dependientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática sobre este tema, consultando en las Bases de datos: Cuiden Plus, Pubmed y Cochrane, utilizando como descriptores MeSH: “nuevas tecnologías”, “personas mayores”, “new technologies”, “old people”. Se encontraron 36 artículos de los que fueron seleccionados 2 tras la aplicación de los criterios de inclusión: Artículos en castellano e inglés; Artículos a texto completo gratuito; Artículos publicados entre los años 2004-2018.

RESULTADOS: Los estudios que hemos analizado muestran que las personas de nuestra sociedad son inevitablemente usuarias de las nuevas tecnologías. Desde el punto de vista sanitario, cabe destacar que las personas mayores están en continua relación con los servicios de salud, debido a su situación de salud. En cuanto a la relación que tienen con el sistema sanitario es primordial en su vida, destacando la importancia que tienen las TIC en el área de salud.

CONCLUSIÓN: Tras el análisis de los estudios encontrados, podemos concluir que las nuevas tecnologías tienen aspectos que mejoran en cuanto a la relación con las personas mayores. Es necesario potenciar la enseñanza de su uso. Por otro lado, la salud y la tercera edad están totalmente relacionados, ya que para las personas de edad avanzada es una mejora es su calidad de vida y en la asistencia sanitaria.

PALABRAS CLAVE: NUEVAS TECNOLOGÍAS, PERSONAS, MAYORES, ENVEJECIMIENTO.

CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICA

JOSÉ JAVIER FERNÁNDEZ LEDESMA, CARMEN QUINTERO TORRES, MELODIA LOPEZ ROMERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Señora de 75 años remitida desde residencia de ancianos por cuadro de dolor abdominal desde hace menos de 24 horas, que comienza en epigastrio con irradiación a espalda a modo de cinturón. Vómitos que no mejoran en el cuadro y estreñimiento desde hace 24 horas. Antecedentes personales: HTA, Dislipemia, no DM, Síndrome de Sjogren, Lupus, Parkinson, Trastorno depresivo grave. No RAM.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración general. TA: 128/78. FC 87 lpm. Sat. O₂ 97%. T^a 37,2°C. En planta AEG, apirética, eupneica en reposo, obesa. Bien hidratada y perfundida. C y O. ACR: tonos rítmicos, mv conservado. ABD: globuloso, depresible con molestias difusas a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. EEII: sin edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias: Hemograma: Hb: 11,4; Pla. : 102000; Leuc: 12830 con 90.3 5 N. Bioquímica: Urea: 56; Creat: 1.34; GGT: 143; Amilasa normal; Ck: 1179 con Mb: 10 y Trop I Normal. Rx de abdomen y tórax con signos seniles. Ecografía de abdomen: Hígado de tamaño y estructura normal sin lesiones focales. Vesícula sin litiasis ni signos de colecistitis. Vía biliar intrahepática ligeramente visible. Vía extrahepática no dilatada. Páncreas, bazo y riñones sin alteraciones. Calcificación lineal de 25 mm situada en uréter proximal derecho, sin repercusión sobre vía excretora proximal. No líquido libre ni otros hallazgos de interés.

JUICIO CLÍNICO: Calcificación intraureteral derecha sin repercusión. Epigastralgia inespecífica. Rabdomiólisis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Es derivada al hospital por su MAP, por una posible pancreatitis al presentar signos compatibles con la misma. Igualmente, a su llegada se descarta íleo paralítico.

PLAN DE CUIDADOS: Sustituir Ranitidina por Omeprazol 1 comp. C/24h. Metamizol 575mg 1 caps. C/8h Ingesta hídrica abundante. Resto del tratamiento médico como lo venía haciendo. Control por su MAP.

CONCLUSIONES: Durante el ingreso en planta se mantiene favorable, apirética, con buena tolerancia oral y estabilidad clínica al alta.

PALABRAS CLAVE: EPIGASTRALGIA, CALCIFICACIÓN INTRAURETERAL, VÓMITOS, ESTREÑIMIENTO.

FÁRMACOS INADECUADOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

MARIA MENENDEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Muchos pacientes en edad geriátrica se encuentran polimedicalizados. La polimedicación es el factor más importante en la aparición de efectos adversos en el paciente, en este caso en el paciente geriátrico. Mediante el estudio de los fármacos que se prescriben, sus efectos y sus efectos adversos se discierne entre los que son adecuados o inadecuados para los pacientes.

OBJETIVOS: Determinar el impacto de los efectos adversos derivados de la polimedicación en el paciente geriátrico ingresado en una unidad de Medicina Interna.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo observacional en una población anciana (>64 años, ingresados en Medicina Interna). Se estudiaron los fármacos de baja utilidad terapéutica, no indicados y otros inadecuados. Análisis de las variables relacionadas con el consumo mediante el programa SPSS 11.5.

RESULTADOS: En este estudio se incluyeron 172 ancianos ingresados en una planta de Medicina Interna. Todos ellos eran polimedcados y la media de medicamento por persona y día fue de 5,34. Del total, el 52,5% consumían un fármaco inapropiado para su edad y patología (el 36,6% inadecuado para el anciano, 15% no indicado y 12% de baja utilidad terapéutica). Se asocia un mayor consumo de estos fármacos a un mayor número de patologías, a un mayor número de medicamentos y a la procedencia de residencias de ancianos. El consumo de fármacos no adecuados para el anciano se asocia a aumento de efectos adversos farmacológicos.

CONCLUSIÓN: Del total de personas incluidas en la muestra, la mitad de los ancianos toma al menos un fármaco de forma innecesaria y la mayoría de estos fármacos favorece la aparición de efectos adversos farmacológicos. El médico ha de revisar los medicamentos que prescribe así como si pueden modificar el efecto de otros medicamentos que el paciente esté tomando previamente y el personal de enfermería ha de estar atento a la aparición de posibles efectos adversos.

PALABRAS CLAVE: EFECTOS ADVERSOS, MEDICAMENTOS INAPROPIADOS, ANCIANO, POLIMEDICACIÓN.

CANSANCIO EN EL ROL DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON ALZHEIMER

MARÍA ELENA TORRES PÉREZ, MARIA TRINIDAD TORRES LOPEZ, MARIA JESUS LUPIAÑEZ CALVENTE

INTRODUCCIÓN: Frente al proceso de envejecimiento de la población, hay una mayor prevalencia de la enfermedad de Alzheimer, un trastorno degenerativo, de carácter progresivo y, hasta ahora, incurable, que condiciona un deterioro cognitivo y funcional grave de la persona afectada. La repercusión sobre los cuidadores también es muy alta, y da lugar a la sobrecarga de éstos.

OBJETIVOS: Conocer los sentimientos que surgen en el cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer, el impacto y la forma de afrontar la enfermedad del familiar cuidador. Estudiar y conocer los diagnósticos de enfermería realizados a cuidadores principales de personas con Alzheimer.

METODOLOGÍA: Se han usado las siguientes bases de datos y buscadores: Medline, Google Académico, Cuiden, Biblioteca Cochrane y Pubmed. Se emplearon estos descriptores: Calidad de vida, cuidador, enfermedad de Alzheimer, cuidados de enfermería. Y se utilizaron estas fórmulas para la búsqueda: Alzheimer AND cuidador and calidad de vida. Alzheimer AND cuidador AND cuidados de enfermería OR atención de enfermería.

RESULTADOS: Se ha elaborado el perfil del cuidador principal del enfermo de Alzheimer. Se trata de una mujer entre 45-60 años, con estudios primarios, suele ser hija del enfermo/a y tiene unos ingresos económicos alrededor de seiscientos euros. Los cuidadores principales contraen una fuerte carga física, psicológica y social que en ocasiones deteriora la posibilidad de brindar una buena atención. Con el transcurso del tiempo, el cuidador comienza a presentar problemas de salud, lo que en un futuro puede convertirlo en un enfermo más. Los cuidadores/as de enfermos de Alzheimer presentan alteraciones bio-psico-sociales directamente relacionadas con la función que desempeñan. Dichas alteraciones se ubican en 5 diagnósticos enfermeros.

CONCLUSIÓN: Cuidar a un enfermo de Alzheimer conlleva un compromiso de la propia vida personal, un nuevo estilo de vida en el que se compagine el cuidado de su familiar enfermo y su vida privada.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, CUIDADOR, CALIDAD DE VIDA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

JAVIER SIERRA ANTEQUERA, ELENA PÉREZ LEÓN, MARTA SILVIA ROMERO HERRERA

INTRODUCCIÓN: Los profesionales de enfermería somos responsables del cuidado del paciente, así como de la identificación del dolor en pacientes con deterioro cognitivo, y la intervención sobre el mismo y su tratamiento. En el caso de los pacientes con demencia, se genera un grave problema de comunicación, convirtiéndose en un reto el tratamiento.

OBJETIVOS: Conocer los materiales de detección del dolor, denunciar la escasa información que hay sobre el mismo en pacientes con demencia, así como el infradiagnóstico, y la infravaloración del mismo.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión bibliográfica seleccionando 20 artículos publicados entre los años 2013/2017. Las bases de datos fueron BioMed, Medline, Cochrane, Dialnet y scielo.

RESULTADOS: El envejecimiento conlleva una serie de patologías que incrementan el dolor como enfermedades inflamatorias articulares o degenerativas, fracturas, neoplasias y dolor neuropático. Debemos identificar bien el tipo de dolor: Nociceptivo; Neuropático Mixto. Así mismo debemos identificar la etiología de la demencia y sus características: Demencias Corticales (alzheimer y Pick), subcorticales (Parkinson y Huntington) y las mixtas. Esto provoca problemas en la relaciones del enfermo, de los cuidadores principales y de los profesionales. Todas estas circunstancias provocan un problema en la valoración profesional. Dificultando el tratamiento adecuado. Los instrumentos de medida, pueden ser la propia persona, medidas fisiológicas (frecuencia cardíaca) y la observación del comportamiento. Las escalas más habituales son la visual analógica (demencia leve) PANAID Y Fps (demencia moderada- grave).

CONCLUSIÓN: Consideramos que debemos profundizar más en estudios del dolor en personas con deterioro cognitivo que nos ayuden a establecer una escalas correctas de valoración, así como un diagnóstico, y tratamiento más certero. Con las que existen actualmente deben ser cada vez más manejadas para poder desarrollarlas y hacerlas más certeras. Los profesionales de los cuidados deben estar alerta a todas las alteraciones conductuales que nos pueden poner de relieve la presencia del dolor como delirios y trastornos afectivos.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, DEMENCIA, ALZHEIMER, ESCALAS, DETERIORO COGNITIVO, GERIATRÍA.

HIPOGLUCEMIA EN PACIENTE ANCIANO CON DIABETES MELLITUS

YESICA ISABEL PEÑA MARTINEZ, MONTSERRAT CABELLO FERNANDEZ, PATRICIA RODRIGUEZ JIMENEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 73 años que acede al servicio de urgencias por caída en su domicilio, desorientación y sudoración. Antecedentes personales: no RAMS. HTA. Diabetes Mellitus.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: consciente y orientada. TA: 145/83. FC 62lpm. Sat O2 96%. Glucemia capilar: 36mg/dl.

JUICIO CLÍNICO: Hipoglucemia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico diferencial es complejo. La hipoglucemia no es una enfermedad sino una manifestación secundaria a múltiples procesos. Su presentación clínica puede ser engañosa por lo que hay que tener abierta la posibilidad de multitud de cuadros clínicos. Pero no se debe de perder de vista que las hipoglucemias más frecuentes se dan en pacientes diabéticos insulino dependientes o en tratamiento con sulfonilureas y que en la población no diabética el alcohol es el responsable mas frecuente. Otras causas pueden ser la sepsis, el cáncer terminal, hipocorticismos, hepatopatías, etc.

PLAN DE CUIDADOS: Manejo de la hipoglucemia. Identificar signos y síntomas de la hipoglucemia tales como temblores, sudoración, confusión, palidez, palpitación, somnolencia... Administrar hidratos de carbono.

CONCLUSIONES: Con el aumento de la edad los síntomas de hipoglucemia pueden llegar a ser menos intensos. Los mayores suelen ser mas susceptibles a la hipoglucemia debido a que tienen menor consciencia de los síntomas y sufren alteraciones en la producción de hormonas contrarreguladoras. Al disminuir la función renal se necesita mas tiempo para eliminar los agentes hipoglucemiantes orales. Las personas con disminución de la agudeza visual puede conducir a errores en la administración de la insulina.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, ENVEJECIMIENTO, HIPOGLUCEMIA, DIABETES MELLITUS.

NECESIDAD DE PRIVACIDAD DE LOS RESIDENTES PARA LA EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD EN CENTROS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

CRISTINA FUENTE MANSILLA, ALFONSO LEÓN RODRIGUEZ, ALICIA HOYO MENA, VERONICA GARCIA PEREZ

INTRODUCCIÓN: Los profesionales son conscientes de la falta de espacios privados en los CCLD. Aunque la necesidad de respetar la privacidad del residente podía ser aceptada en teoría, los profesionales consideraran que la privacidad relacionada con la sexualidad de los residentes seguía siendo problemática.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia disponible en relación a la necesidad de privacidad para la expresión sexual de las personas mayores institucionalizadas en los Centros de Cuidados de Larga Duración.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda sistemática de artículos publicados en inglés o castellano en Medline (PubMed), Scopus, Web of Science, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, CUIDEN, ProQuest, PsycINFO y CINHALL que indagaran en las percepciones de los profesionales sobre la expresión sexual de las personas mayores institucionalizadas. Seis artículos fueron incluidos en la síntesis temática al cumplir los criterios de inclusión.

RESULTADOS: Los resultados de esta revisión muestran que los profesionales perciben que los CCLD no están diseñados para dar cabida a momentos íntimos, manifestando que los residentes pueden prever las interrupciones de los profesionales en cualquier momento y que existe una falta de confidencialidad y de respeto a la intimidad del residente a la hora de transmitir información entre profesionales.

CONCLUSIÓN: Con el objetivo de poder conocer las opiniones de profesionales y residentes sobre la intimidad y la privacidad necesaria para la expresión de la sexualidad en personas mayores, es preciso establecer vías de comunicación bidireccional, ofreciendo momentos y espacios de comunicación que permitieran tratar este tema con el objetivo de conocer en profundidad las opiniones y necesidades de los residentes.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, HOGARES PARA ANCIANOS, PRIVACIDAD, SEXUALIDAD, INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON ENFERMOS DE MOVILIDAD REDUCIDA

INMACULADA RODRIGUEZ CASTILLA, MARIA FERNANDEZ ALVAREZ, SILVIA SALVAGO RUIZ

INTRODUCCIÓN: Las personas con movilidad reducida son aquellas personas que tienen temporalmente o permanentemente reducida su movilidad sin necesidad de ayuda de otras personas.

OBJETIVOS: Mejorar las condiciones de trabajo mediante formación en riesgos laborales. Facilitar el movimiento a aquellas personas con movilidad reducida. Favorecer a las personas que tengan movilidad reducida a que puedan realizar las actividades del día a día. Informar a los sanitarios de la postura mas ergonómica a la hora de ayudar a la movilización a pacientes con movilidad reducida.

METODOLOGÍA: Para la búsqueda de información se ha usado Google Académico.

RESULTADOS: Hay que fomentar la ayuda de grúas en el ámbito sanitario y de aparatos que ayuden tanto al paciente como al sanitario a reducir el riesgo de lesiones. Ayudar y formar tanto al familiar como al cuidador para que ayuden al enfermo a que pueda realizar actividades lo mejor posible.

CONCLUSIÓN: Para hacerles la vida mas fácil a aquellas personas que padecen movilidad reducida, hay que ayudarse de aparatos que hagan cómoda su estancia, tanto al enfermo como al sanitario, cuidador, ... la cama articulada es una gran ayuda, las grúas móviles son de gran ayuda a la hora de hacer transferencias de un sitio a otro, las sábanas, algo tan simple, es indispensable a la hora de hacer cambios posturales al enfermo.

PALABRAS CLAVE: MOVILIDAD, MOVILIDAD REDUCIDA, CAMA, PACIENTE ENCAMADO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY

DOLORES MARIA SEDANO PEREZ, CLARA YERBES GARCIA, MIGUEL ANGEL GARCÍA TORRES

INTRODUCCIÓN: Cuando el paciente se encuentra en la fase final de su vida debido a diversas causas como el propio proceso de deterioro general, presenta un riesgo muy alto de aparición de UPP, por lo que en estos casos son muy importantes los cuidados que necesita el paciente. La úlcera terminal de Kennedy es un tipo de úlcera que casi siempre anuncia la inminente muerte del paciente geriátrico o enfermo terminal.

OBJETIVOS: Establecer unos cuidados enfermeros específicos a pacientes con KTU.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, y Dialnet utilizando los descriptores: factor de riesgo, mortalidad, úlcera por presión y enfermería.

RESULTADOS: La posibilidad de desarrollo de KTU obliga a afrontar el tratamiento de las UPP en pacientes terminales, con una visión distinta, ya que, si establecemos objetivos fijos tendentes a la prevención y curación de las mismas, éstos estarán abocados al fracaso. Nos centraremos en los siguientes puntos: o Manejo del dolor de la lesión. O Plantear objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación evitando técnicas agresivas (evitando desbridamiento cortante). O Dar apoyo a cuidadores y familiares no culpabilizándolos de la aparición de las lesiones. Control del olor.

CONCLUSIÓN: Es importante tener conocimiento de la presencia de úlceras de Kennedy, el cual ayudará ayuda a los profesionales sanitarios y/o cuidadores para abordarlas de una forma óptima evitando falsas expectativas a una curación de las úlceras y siendo conscientes que el paciente se encuentra en una fase terminal, buscando un enfoque realista en que los objetivos principales en el tratamiento sean aliviar el dolor, el olor y la presión, y concienciar a la familia de dicho desenlace para contribuir en el bienestar del paciente.

PALABRAS CLAVE: FACTOR DE RIESGO, MORTALIDAD, ÚLCERA POR PRESIÓN, ENFERMERÍA.

PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS CON CAÍDAS DE REPETICIÓN

EMILIO JOSE MEJIAS ARRIAZA, LIDIA MARTINEZ MARTINEZ, JOSE ANTONIO SANCHEZ AMUEDO

INTRODUCCIÓN: Alrededor al 30% de los mayores sufren caídas, lo que suponen graves alteraciones tanto física como psíquica. Analizando los datos, se puede diferenciar un grupo de ancianos institucionalizados que sufren caídas de repetición, con pronósticos que difieren del resto. Así que fundamental analizar los factores de riesgo asociados con la aparición de caídas de repetición, para así tomar medidas que reduzcan la aparición así como las consecuencias.

OBJETIVOS: Analizar las causas de las caídas de repetición en las personas mayores institucionalizadas.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional transversal donde la población de estudio son las personas que viven en la Residencia de Ancianos Vitalia Mairena. Las variables de estudios son la edad, el sexo y grado de dependencia.

RESULTADOS: Analizando los resultados obtenidos durante los últimos 6 meses podemos apreciar el gran porcentaje de ancianos que repiten caídas, ya que llega a ser de hasta un 46.9%. Los mayores con caídas de repetición durante el mes de julio, representando el porcentaje sobre el total de caídas, siendo la cifra menor de un 16.7%. En el mes de agosto, y una media del 30,3% las caídas de repetición durante los últimos 6 meses.

CONCLUSIÓN: Podemos apreciar la necesidad de realizar una valoración geriátrica integral al mayor institucionalizado que contemple la valoración del riesgo de caídas, para poder trabajar de manera preventiva y así evitar en el mayor número posible el porcentaje de caídas de repetición.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, REPETICIÓN, MAYORES, INSTITUCIONALIZADOS.

PREVALENCIA DE INSULINODEPENDIENTES EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

EMILIO JOSE MEJIAS ARRIAZA, LIDIA MARTINEZ MARTINEZ, JOSE ANTONIO SANCHEZ AMUEDO

INTRODUCCIÓN: La diabetes mellitus es una enfermedad emergente debido al efecto que el progreso ha traído a la sociedad desde el siglo XX; es decir, su prevalencia ha ido paralelo con el incremento de la obesidad y el sedentarismo. Cada vez se producen más diagnósticos de diabetes mellitus, siendo un reto encontrar los factores de riesgos para así actuar de manera preventiva.

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia de insulinodependientes en personas mayores institucionalizadas, y relacionarlas con el porcentaje de no diabéticos.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional transversal donde la población de estudio son las personas que viven en la Residencia de Ancianos Vitalia Mairena. Las variables de estudio son la edad, el sexo, grado de dependencia y diabetes mellitus.

RESULTADOS: El porcentaje de residentes diabéticos sobre 191 residentes analizado, es de 39 residentes son diabéticos y 152 no lo son, resultando un 20% de los residentes presenta diabetes mellitus. Dentro de los residentes diabéticos, 13 precisan de algún tipo de insulina, resultando un 33% de los diabéticos son insulinodependientes.

CONCLUSIÓN: Reflejamos la importancia del control de glucemias de los residentes. Podemos considerar la diabetes como un importante problema de salud, con lo que debe formar parte de los programas de salud en atención primaria, implicando tanto al paciente como a su familia.

PALABRAS CLAVE: INSTITUCIONALIZADOS, INSULINODEPENDIENTES, DIABETICOS, MAYORES.

PREVALENCIA DE SUJECCIONES EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

EMILIO JOSE MEJIAS ARRIAZA, LIDIA MARTINEZ MARTINEZ, JOSE ANTONIO SANCHEZ AMUEDO

INTRODUCCIÓN: El uso de sujeciones en las residencias cada vez es más discutido y se están poniendo medios para ir reduciendo. En la actualidad se existen dos corrientes opuestas relacionadas con las sujeciones. Vamos a analizar como van disminuyendo las medidas de sujeción.

OBJETIVOS: Analizar el número de sujeciones con respecto al total de residentes, haciendo hincapié en la reducción de ellas.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional transversal donde la población de estudio son las personas que viven en la Residencia de Ancianos Vitalia Mairena. Las variables de estudios son la edad, el sexo y grado de dependencia.

RESULTADOS: Analizando los resultados obtenidos durante los últimos 6 meses podemos apreciar que existe gran número de mayores que precisa de sujeciones, llegando hasta un 38% con respecto al total de los residentes en el mes de julio. Podemos apreciar un descenso notorio en el porcentaje de sujeciones a lo largo del último semestre, llegando al 33% en diciembre.

CONCLUSIÓN: Podemos ver como en la actualidad la tendencia es a reducir el número de sujeciones por parte de los centros residenciales, poniendo diferentes medios para evitar caídas, comprobando que el número de caídas se mantiene estable pese a reducirse el porcentaje de sujeciones.

PALABRAS CLAVE: PREVALENCIA, SUJECCIONES, MAYORES, INSTITUCIONALIZADOS.

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN PERSONAS MAYORES

JUAN DE DIOS FERNÁNDEZ REYES, RAQUEL CASTILLA NIETO, MARGARITA MARTÍNEZ RUBIO

INTRODUCCIÓN: Las personas mayores presentan unas características físicas y fisiológicas muy particulares. Han llegado a los 65 años con todo lo que ello conlleva, han cambiado mucho durante toda su vida y ahora deben afrontar esta nueva etapa sabiendo que se producirán en ellos muchos cambios que generalmente les va a condicionar la vida. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) es cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

OBJETIVOS: Analizar los principales cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos en las personas mayores y los medicamentos mas comunes que pueden producir reacciones adversas.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en el buscador de Google Académico y MedlinePlus mediante la introducción de palabras clave como: “ancianos”, “reacciones”, “adversas”, “fármacos”, “farmacocinética” y “farmacodinámica”. El número final de artículos seleccionados fue de 5. Se seleccionaron aquellos con una antigüedad inferior a 10 años y que se adecuaran al objetivo propuesto.

RESULTADOS: Pondremos de manifiesto los cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos mas comunes en los ancianos, los principales fármacos que producen estas reacciones adversas, los factores de riesgo y la clínica de las reacciones adversas.

CONCLUSIÓN: En personas ancianas se dan una serie de circunstancias que pueden alterar la respuesta a los fármacos, por ello se recomienda extremar la vigilancia sobre la adherencia al tratamiento, observando los cambios que puedan producirse en el paciente (alteraciones cutáneas, estreñimiento, diarreas...), haciendo necesario iniciar el tratamiento en dosis menores que los pacientes de otro rango de edades.

PALABRAS CLAVE: ANCIANOS, REACCIONES, ADVERSAS, MEDICAMENTOS, FARMACODINÁMICA, FARMACOCINÉTICA.

SOBREINFECCIÓN RESPIRATORIA MÁS ENFISEMA PULMONAR

ANA POZO CARRIQUE, MARTA JOSEFA PERAT PASCUAL, AGUSTIN SIERRA BARBERA, EVA MARIA NAVARRA ZORITA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 89 años de edad. Ex trabajador de la industria del mármol y ex fumador de 1 paquete diario desde hace 20 años. Diagnosticado de EPOC y Patología prostática, acude a urgencias del hospital por presentar sensación de inestabilidad con sensación nauseosa, disnea y cefalea frontal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado. Caquético. Fc. 91 X'. TA 122/70. FR 24 x'. Tª 35.6 °C. Sat. 85%. AC: tonos rítmicos, débiles, tapados por los ruidos respiratorios, no soplos. AR: sibilantes de predominio dcho. Crepitantes en base izda. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no signos de peritonismo. Neurológico: normal. Analítica al ingreso, ECG, Sedimento de orina, Cultivo de esputo, Hemocultivos, Tc craneal, Tc torácico: Área de enfisema pulmonar de predominio en LSD. Derrame pleural derecho lobulado (ya existente en TAC realizado en ingreso previo).

JUICIO CLÍNICO: Dado el antecedente previo de ingreso, la semiología respiratoria y pruebas complementarias se ingresa paciente en planta de medicina interna. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Sobreinfección respiratoria más Enfisema pulmonar severo.

PLAN DE CUIDADOS: Dejaremos al paciente en reposo absoluto, iniciando tratamiento antibiótico, de corticoides sistémicos, broncodilatadores y oxigenoterapia.

CONCLUSIONES: El Enfisema pulmonar, es la distensión o engrandecimiento inalterable de los espacios aéreos alveolares, con demolición de los tabiques interalveolares, que provocan una pérdida de la flexibilidad pulmonar. Uno de sus principales desencadenantes es el consumo de tabaco.

PALABRAS CLAVE: ENFISEMA, PULMONAR, CEFALEA, EPOC.

EPISODIO DE DIVERTICULOSIS EN PACIENTE ANCIANO

JAIME MARÍA SÁNCHEZ PAYÁ, MARÍA BELÉN GONZÁLEZ DE LA ROSA, LUZ MARIA ROJAS PALACIOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 67 años. Residente en Centro de Mayores. Antecedentes personales de HTA en tratamiento con ramipril y DM tipo II en tratamiento con metformina. Diverticulosis detectada en la colonoscopia. Está asintomática. Refiere episodio hace varias semanas de leve hemorragia que se resolvió espontáneamente. TA=161/88; FC=76ppm; SaO₂=97%; Glucemia=110mg/dl.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La diverticulosis con frecuencia se descubre accidentalmente durante un examen para evaluar otra condición o durante un examen para evaluar la presencia de pólipos. Los gastroenterólogos pueden ver directamente los divertículos (más de un saco) en el colon durante un procedimiento que utiliza una pequeña cámara adherida a un tubo iluminado y flexible que se introduce a través del recto. Uno de estos procedimientos es la sigmoidoscopia en la cual se usa un tubo corto para examinar solamente el recto y la parte baja del colon. En la colonoscopia se utiliza un tubo más largo para examinar todo el colon. La diverticulosis también puede verse mediante Tomografía Computarizada (TC) o en las radiografías que usan bario.

JUICIO CLÍNICO: DIVERTICULOSIS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Varias enfermedades se pueden parecer a la diverticulosis aguda. Tanto la colitis ulcerosa como la enfermedad de Crohn se pueden manifestar con síntomas similares de dolor abdominal y cambios en los hábitos intestinales. En casos de inflamación intensa ambas también se pueden manifestar con fiebre. La colitis isquémica también puede tener manifestaciones similares a la diverticulosis aguda. La diferencia clave es que la colitis isquémica a menudo se asocia con diarrea hemorrágica, que no está típicamente presente en la diverticulosis.

CONCLUSIONES: Por lo general casi el 80% de los pacientes permanecerá sin síntomas ni complicaciones toda su vida. Algunos pacientes pueden experimentar síntomas como dolor abdominal ocasional, gases y estreñimiento. La mejor prevención de la diverticulosis es mantener una dieta equilibrada que incluya suficiente cantidad de fibra (25/30 gramos diarios para un adulto).

PALABRAS CLAVE: EPISODIO, DIVERTICULOSIS, PACIENTE, ANCIANO.

EL TEMOR EN LA TERCERA EDAD: FRACTURA DE CADERA

CARMEN RANEA TORREGROSA, SILVIA MANCEBO TORRES, CARMEN MARIA SANCHEZ PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 82 años procedente de su casa, vive solo, que presenta dolor, deformidad e impotencia funcional en cadera derecha con acortamiento relativo y actitud en rotación externa de miembro inferior derecho, se cae en casa cuando iba al baño según dice el propio paciente sin pérdida de conocimiento. NAMC, AP: epilepsia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza RX: fractura subcapital de cadera derecha Garden III. Consciente, orientada y colaboradora. EKG ritmo sinusal a 79lpm. Analítica de sangre: hb 12., hto 30, leucos normales, bioquímica gluc 100, creatinina 1,70.

JUICIO CLÍNICO: Fractura cuello de fémur. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras intervención quirúrgica prótesis parcial de cadera.

PLAN DE CUIDADOS: NANDA: 00155 Riesgo de caídas, 00149 Temor al cambio en la situación de salud, 00085 Deterioro de la movilidad física, 00074 Afrontamiento familiar comprometido. NOC: 1828 Conocimiento: prevención de caídas 1909 Conducta: prevención de caídas, 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad, 1813 Conocimiento: régimen terapéutico, 1004 Estado nutricional, 0208 Movilidad, 0200 Ambular, 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia NIC: 6490 Prevención de caídas 6486 Manejo ambiental: seguridad, 3500 Manejo de presiones, 3590 Vigilancia de la piel, 5230 Aumentar el afrontamiento, 5380 Potenciación de la seguridad, 0221 Terapia de ejercicios: ambulación, 7040 Apoyo al cuidador principal.

CONCLUSIONES: Derivado al alta. Paciente dependiente, pendiente de rehabilitación, puede caminar con andador. Tratamiento sulfato ferroso 525mg durante 1 mes, Enoxaparina 40mg durante 1 mes y Paracetamol si dolor.

PALABRAS CLAVE: CADERA, FRACTURA, ANCIANOS, HOSPITALIZACIÓN.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE ANCIANO CON DISFAGIA OROFARÍNGEA FUNCIONAL

MARIA DEL CARMEN CLAVAÍN NOGALES, MIRIAN ACEVEDO PEREZ, MONTSERRAT SANCHEZ GARCIA DE QUIROS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 80 años, con cuadro clínico progresivo de pérdida de memoria de 4 años de evolución. Diagnosticada de Alzheimer (GDS7), que presenta en cena tos no efectiva, cianosis periférica y sudación profusa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presenta disminución de la capacidad de autocuidados desde hace 2 años; además de disminución en la ingesta de alimentos progresivamente para sólidos y posteriormente para líquidos. Con pérdida progresivamente de peso, problemas de masticación, la vea, tos y regurgitación nasal. Debido a estas alteraciones de deglución, se realiza estudio de cindeglución, mostrando retención del bario en la hipofaringe y broncoaspiración de medio de contraste.

JUICIO CLÍNICO: Disfagia orofaríngea funcional en paciente con demencia tipo Alzheimer. **PLAN DE CUIDADOS:** Deterioro del intercambio gaseoso (00030) NOC. Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias(0410) NIC. Manejo de las vías aéreas (3140) NOC. Estado respiratorio: ventilación. (0403) NIC. Oxigenoterapia. (3320) Monitorización de signos vitales (6680). Deterioro de la deglución (00103) NOC. Estado de deglución (1010) Prevención de la aspiración. (1918) NIC. Identificación de riesgo (6610). Deterioro de la memoria(00131) NOC. Memoria (0908) NIC. Manejo de la demencia(6460). Disposición para mejorar la nutrición. (00163) NOC. Autocuidados: comer (0303) NIC. Alimentación (1050) NOC. Estado nutricional (1004) NIC. Asesoramiento nutricional (5246).

CONCLUSIONES: La broncoaspiración es una patología frecuente en ancianos con problemas de deglución y deterioro cognitivo, es importante el papel del cuidador principal en su prevención y tratamiento. Para evitar este problema es necesario adaptar la dieta a las características del paciente, comprarte erguido con ligera inclinación de la cabeza, para intentar cerrar la vía aérea al paso de alimento durante la ingesta, evitar somnolencia y distracciones durante esta práctica, por el riesgo de una mala deglución. La colaboración interdisciplinar junto a personal sanitario y terapeutas ocupacionales consigue asistir o mantener la independencia en la ingesta. Existen estrategias terapéuticas que incluyen cambios en el volumen y viscosidad del bolo, cambios posturales, maniobras deglutorias, procedimiento de rehabilitación y técnicas de incremento sensorial que han demostrado su eficacia.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, DISFAGIA, DEGLUCIÓN, DETERIORO COGNITIVO, BRONCOASPIRACIÓN.

CONTENCION MECANICA Y FARMACOLOGICA EN RESIDENCIAS ASISTIDAS

MARIBEL MONTORO ORTIZ, FÁTIMA FERNANDEZ GARCIA, MARIA MERCEDES CARRASCO RACERO

INTRODUCCIÓN: Usar contenciones mecánicas y farmacológicas es una herramienta frecuente en las residencias. Se recurre a ellas en casos de agitación, para evitar autolesiones, lesiones a otras personas o para poder llevar a cabo un tratamiento. La farmacológica no están exentas de efectos secundarios indeseables y la restricción mecánica causa un gran estrés físico y emocional, ansiedad intensa, resistencia y agitación.

OBJETIVOS: Conocer el porcentaje de pacientes que están sometidos a contención mecánica o farmacológica para regular su actividad.

METODOLOGÍA: Estudio observacional descriptivo realizado durante un mes en residencias de la tercera edad de Ronda. Tamaño muestral de 150 y una muestra de 96 personas. Análisis estadístico SSPS.22 Variables estudiadas fueron: Características demográficas, test PFEIFFER, test BARTHEL, uso de dispositivo contención: cinturón, muñequeras, arneses, perneras..., consumo de benzodiazepinas o neurolépticos.

RESULTADOS: El 37,5% eran varones y el 62,5% mujeres. Edad media 83 años y rango edad entre 63 y 98 años. El 32,3% son normales cognitivamente, el 24% con deterioro leve, el 17,7 % deterioro moderado y el 26% con deterioro severo. Un 23% son dependientes totales, 28% son dependientes severos, 48% dependientes moderados y el 10% leves. El 74 % pacientes toman algún fármaco del grupo de benzodiazepinas o neurolépticos. Utilizan dispositivos de contención mecánica el 25% de los pacientes. Utilizan ambos tipos contenciones 22 residentes, el 23%. Solo el 24% (23 residentes) no utiliza ningún tipo de contención. Hay correlación significativa entre edad y contención $p < 0,001$.

CONCLUSIÓN: Gran uso de contenciones en comparación con otros países desarrollados. Porcentaje elevado de pacientes sobre los que se usa contención farmacológica. A mayor edad aumenta nuestra dependencia física, el deterioro cognitivo y las posibilidades de padecer contención mecánica o farmacológica.

PALABRAS CLAVE: CONTENCION MECANICA, FARMACOLOGICA, ANCIANO, RESIDENCIA.

DIFERENTES MEDIDAS DE SUJECCIÓN EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

LIDIA MARTINEZ MARTINEZ, EMILIO JOSE MEJIAS ARRIAZA, JOSE MARIA GUERRERO ARANDA

INTRODUCCIÓN: Los mayores que presentan dispositivos de sujeción mecánica se enfrentan a pérdida de autonomía, dignidad y autoestima. En la actualidad existe una conciencia social en la que las sujeciones se necesitan para que las residencias funcione correctamente, así como que son una medida para garantizar la seguridad de los ancianos más frágiles, cuando en realidad provocan limitaciones en la independencia.

OBJETIVOS: Analizar las diferentes medidas de sujeción en centros residenciales.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional transversal donde la población de estudio son las personas que viven en la Residencia de Ancianos Vitalia Mairena. Las variables de estudios son la edad, el sexo y grado de dependencia.

RESULTADOS: Podemos ver que en los últimos 6 meses el tipo de sujeciones que mas de usa son las barandillas, llegando a ser en torno al 60% de los residentes, seguidos de las sujeciones en silla de ruedas, en torno al 32 %, y de sujeciones en cama alrededor del 20%.

CONCLUSIÓN: En la mayoría de los centros residenciales, se colocan sujeciones para evitar caídas, yendo incluso en contra de sus objetivos como son lograr el máximo nivel de independencia. En gran parte entendemos que esto es producido por la falta de formación existente en España, ya que en la mayor parte de los países europeos los porcentajes son mucho menor y no produciéndose aumento en el número de caídas.

PALABRAS CLAVE: SUJECCIONES, MAYORES, INSTITUCIONALIZADOS, DIFERENTES.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE SUJECIONES EN ANCIANOS

LIDIA MARTINEZ MARTINEZ, EMILIO JOSE MEJIAS ARRIAZA, JOSE MARIA GUERRERO ARANDA

INTRODUCCIÓN: : El uso de sujeciones en las residencias cada vez es más discutido y se están poniendo medios para ir reduciendo. Existen ciertos pros y contras que se informa a familiares y entorno antes de disponernos a colocar una sujeción en el anciano.

OBJETIVOS: Analizar las ventajas e inconvenientes de la colocación de sujeciones en el anciano.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional transversal donde la población de estudio son las personas que viven en la Residencia de Ancianos Vitalia Mairena. Se tienen en cuenta las reacciones y signos tras la colocación de las mismas.

RESULTADOS: Podemos concretar cuáles son los pros y contras más usuales en la colocación de sujeciones en ancianos, bien por nuestra observación objetiva, como sus vivencias de forma subjetiva.

CONCLUSIÓN: : En la actualidad, el uso de sujeciones en el anciano con enfermedades como la demencia, va en aumento. Por ello, se debe tener en cuenta todas las consecuencias de este acto, para poder así trabajar con ellas, e intentar eliminarlas o, al menos, minimizarlas.

PALABRAS CLAVE: VENTAJAS, DEVENTAJAS, SUJECCIONES, ANCIANOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SONDA NASOGÁSTRICA EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

ROSA MARIA PERNIA MARISCAL, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MIGUELES, MARIA JOSE REINA DURAN

INTRODUCCIÓN: La nutrición por sonda nasogástrica es un método para pacientes con pérdidas prolongadas de apetito o problemas para deglutir la comida que conservan la función intestinal.

OBJETIVOS: Desarrollar conocimientos específicos sobre sondas nasogástricas en pacientes geriátricos. Unificar los cuidados, el manejo y las complicaciones más frecuentes derivadas del uso de la SNG.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: pubmed, cinahl, medline con las palabras clave: nutrición, sng, enfermería, ancianos.

RESULTADOS: Cuidados generales: - cepillado dientes - higiene de manos - administrar medicación líquida/triturada con aporte antes y después. Cuidados específicos: - mantener permeable sonda mediante lavados 30-50 ml agua antes y después de cada alimentación y fármacos. - Lavar la parte externa y cerrar después de cada manipulación. - Comprobar que la sonda no se haya movido hacia fuera. Girar completamente cada 24h para evitar adherencias. - Cambiar diariamente el esparadrapo. - Comprobar que el soporte externo no oprima la piel. - Sentado o semisentado antes y durante su administración. Mantener así una hora después. - Volumen máximo de 400 ml en 30 minutos a 2 horas. - Guardar el preparado abierto máximo 24h en frigorífico. Sacar 30 minutos antes de su administración. Complicaciones y resoluciones: - obstrucción: administrar agua tibia o solución carbonatada. - Náuseas, vómitos, diarrea: disminuir flujo y si no cede suspender 2-3h. Avisar - broncoaspiración: parar nutrición y avisar médico.

CONCLUSIÓN: Los cuidados de enfermería en los pacientes geriátricos con sonda nasogástrica, son la base para establecer y mantener una nutrición adecuada y de calidad. La unificación de los protocolos es la herramienta más eficaz para la seguridad de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: NUTRICIÓN, SONDA NASOGÁSTRICA, CUIDADOS, ENFERMERIA.

PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIOS EN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

CAROLINA MORENO GARRIDO, MARIA DEL MAR ROJAS NAVARRO, NATALIA RIVAS MARTÍN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 68 años con antecedentes de HTA. Prostactectomía en 2012 y diagnosticado de E. L. A. En 2014. NAMC. Dependiente para las ABVD. En la actualidad vive con su mujer, cuidadora principal y recibe ayuda, pagada por ellos, de un hombre que acude 2 veces al día para realizar diversas acciones que requieren esfuerzo físico (levantarlo y acostarlo).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente presenta buen estado general. TA: 130/70 FC: 88 Tª: 36° Sat O2: 98% Paciente consciente y orientado, hemodinámica y respiratoriamente estable. Se le realizó al paciente la escala de Norton, puntuación 9. Escala de Braden, 14 puntos. Escala EMINA, 9 puntos. Índice de Katz para las AVD, Grado G.

JUICIO CLÍNICO: Para la elaboración de un Plan de cuidados estandarizado en este paciente, tomamos como modelo las 14 necesidades humanas básicas de Virginia Henderson. Los datos se han recogido de la Historia Clínica del paciente. Utilizaremos la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Se han realizado búsquedas bibliográficas en las principales bases de datos como Cochrane Plus, PubMed, Dialnet... Así como los libros de Diagnósticos enfermeros NANDA INTERNACIONAL, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) publicados por la editorial Elsevier. **PLAN DE CUIDADOS:** NANDA: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Riesgo de caídas Deterioro del patrón de sueño Conocimientos deficientes Desequilibrio nutricional por defecto NIC: Prevención úlceras por presión. Vigilancia de la piel. Mejorar el sueño. Manejo ambiental: Confort. Prevención de caídas Apoyo emocional. Asesoramiento nutricional. NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Descanso. Sueño. Realización de la transferencia. Conducta de prevención de caídas. Estado nutricional. Apetito.

CONCLUSIONES: Los pacientes diagnosticados de ELA precisan de un gran apoyo, tanto emocional como físico, ya que su independencia va deteriorándose progresivamente. Debemos de trabajar con el cuidador/a principal, esta persona es quien se encargará de comprobar si nuestras intervenciones son efectivas o apareciesen nuevos problemas.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ELA, DIAGNÓSTICOS, DOMICILIO.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN ADULTOS MAYORES

LAURA FUNES CASTILLO, CRISTINA MARTINEZ CASTILLA, MARINA CAÑADA GARCIA

INTRODUCCIÓN: Se define SCA como el conjunto de alteraciones cognitivas de inicio brusco y curso fluctuante, caracterizado por compromiso de atención, nivel de conciencia, claridad de pensamiento y orientación; se le debe considerar una urgencia médica, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen complicaciones. El SCA en la mayoría de casos es multifactorial y su enfoque diagnóstico incluye anamnesis adecuada, exploración física exhaustiva y estudios complementarios que permitan determinar causas predisponentes y desencadenantes. La confusión aguda es una de las entidades psicopatológicas más frecuentes en pacientes ancianos y su frecuencia varía entre un 14%-56% según las series, con una mortalidad asociada de entre el 10% y el 65%.

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de este problema e identificar factores asociados para su prevención y control.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre nuestro tema de estudio en bases de datos tales como: cuiden, medline, index de enfermería, seleccionando los artículos más adecuados para el estudio.

RESULTADOS: Para varios autores, la presencia de más de tres enfermedades crónicas por paciente (pluripatología) tuvo influencia significativa para que el adulto mayor desarrolle síndrome confusional y es un problema asociado principalmente a complicaciones infecciosas y metabólicas. Se confirma que la demencia es un factor muy frecuente e importante para desarrollar síndrome confusional agudo en el adulto mayor, incluso empeora el pronóstico y acelera el deterioro mental de estos pacientes con demencia.

CONCLUSIÓN: Es habitual, en ambientes médicos, afirmar que en un paciente anciano la simple internación puede desencadenar SCA debido al cambio de ambiente o el estrés asociado a la misma; sin embargo, nuestro trabajo sugiere que el SCA en el paciente anciano internado en la mayoría de las ocasiones es un síntoma asociado a una patología grave en personas con deterioro cognitivo previo. Su tratamiento exige su reconocimiento, medidas farmacológicas y no farmacológicas, además del diagnóstico y tratamiento de la etiología.

PALABRAS CLAVE: DELIRIO, ADULTOS MAYORES, SÍNDROME CONFUSIONAL, AGITACIÓN.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SARCOPENIA

CARMEN ALICIA GRANERO SÁNCHEZ, ANA BELÉN SOTO QUILES, LORENA GARCÍA SÁEZ

INTRODUCCIÓN: La sarcopenia se define como la reducción cuantitativa de la masa muscular y por ello la disminución de la fuerza y la tolerancia al ejercicio asociada al envejecimiento. Tiene una incidencia entre el 9 y el 18% en mayores de 64 años y entre el 11 y el 50% en mayores de 80 años. El ejercicio físico es una de las mejores maneras no farmacológicas de mejorar la masa ósea durante toda la vida.

OBJETIVOS: Analizar las medidas preventivas y el tratamiento de la sarcopenia en ancianos.

METODOLOGÍA: Para éste estudio de revisiones bibliográficas hemos extraído información de diferentes bases de datos como Scielo, Google, Pubmed- Medline. Los descriptores empleados en la búsqueda han sido: “sarcopenia”, “anciano” y “envejecimiento”. De todos los artículos encontrados nos quedamos con los publicados en los últimos 12 años escritos en inglés y castellano.

RESULTADOS: La sarcopenia produce una disminución de la fuerza y la capacidad del ejercicio, influye en la mortalidad y la morbilidad de los ancianos y eleva los costes en el sistema de salud. Para la prevención y el tratamiento de la sarcopenia tenemos la nutrición adecuada, la práctica de ejercicio físico y los tratamientos farmacológicos, éstos últimos no han demostrado efectividad en prevención, sin embargo, la práctica de ejercicio físico regular a lo largo de la vida junto con una nutrición adecuada si han demostrado el poder retrasar y disminuir la sarcopenia.

CONCLUSIÓN: Concluimos que un entrenamiento de resistencia mas una nutrición adecuada junto con la práctica de ejercicio aeróbico son el mejor tratamiento para la sarcopenia y su prevención, aumentando la independencia física en la velocidad, subida de escaleras y la capacidad de la marcha en llano.

PALABRAS CLAVE: SARCOPENIA, ENVEJECIMIENTO, ATROFIA MUSCULAR, EJERCICIO FÍSICO.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 512/2015 DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO RESIDENCIAL

RAQUEL SÁNCHEZ DEL MORAL, MARÍA BEATRIZ CONTRERAS REY, MARÍA DE LAS MERCEDES ROMERO ALONSO

INTRODUCCIÓN: La legislación sobre centros sociosanitarios residenciales (CSSR) en Andalucía organiza la gestión de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público andaluz. Aquellos con más de 50 camas quedan vinculados al servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) de su área de referencia.

OBJETIVOS: Analizar la situación del cumplimiento del Decreto 512/2015 en un CSSR piloto.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo-retrospectivo (16 meses) sobre la implantación del Decreto en un CSSR piloto (150 plazas).

RESULTADOS: 1. Ocupación: 57,3%; 2. Compromiso de gestión: firmado; 3. Almacenamiento de estupefacientes (caja fuerte) y contabilidad(libro); 4. Botiquín: medicamentos urgentes, crónicos habituales (rotura, error en envío, cambios prescripción) y antibióticos (evitar demorar inicio y minimizar traslado de personal del CSSR al SFH); 5. Guía Farmacoterapéutica: la del SFH; 6. Prescripción: aunque la prescripción electrónica(PEA) se implantó, actualmente es realizada en papel/receta electrónica por médico del Centro de Salud y transcrita por Farmacia por ausencia de médico en el CSSR; 7. Preparación manual (ausencia de Kardex®). Transporte: carro de unidosis (medicación individualizada) y cubetas(botiquines); 8. Dispensación: unidosis semanal (asistidos) y mensual(válidos). No se dispensan medicamentos no financiados. Envío de medicación 2 días consecutivos semanalmente (1 día carro, 1 día botiquín). Entre períodos de envío, CSSR realiza gestión de medicamentos (utilización de stock o recogida en SFH). Errores de dispensación: corregidos al día siguiente; 9. Actividad farmacéutica: acceso remoto a programas corporativos desde CSSR, donde el farmacéutico acude habitualmente dos días semanales. No dispone de puesto específico de trabajo. Realiza control de medicamentos visados, conciliación en transiciones asistenciales, sustituciones, informes de administración de medicamentos por sonda, fraccionamiento de medicamentos y protocolos. Se registraron en total 30 intervenciones farmacéuticas.

CONCLUSIÓN: Las actuaciones realizadas son óptimas (implantación de prescripción, envío de medicación individualizada...) aunque quedan pendientes otras: implantación de Guía Farmacoterapéutica específica, automatización de la dispensación, espacio para consulta farmacéutica y realización de mayor número de intervenciones farmacéuticas para mejorar la seguridad y evitar errores de medicación.

PALABRAS CLAVE: CENTRO SOCIOSANITARIO RESIDENCIAL, LEGISLACIÓN, INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA, ANÁLISIS SITUACIÓN.

ESTADO NUTRICIONAL DEL ANCIANO FRÁGIL INSTITUCIONALIZADO

BEATRIZ SOLÍS GALLEGO, SONIA ÁLVAREZ GONZALEZ, MARÍA ISABEL GONZÁLEZ CUETO,
MARTA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: La desnutrición constituye un problema de salud importante para el anciano dentro de las instituciones sanitarias. En la actualidad en nuestro país nos encontramos con población muy envejecida, tanto es así, que se estima que para el año 2050 la población anciana ascenderá al 33% del total de población. En España, gran parte de dicha población anciana reside en instituciones geriátricas. La malnutrición constituye un problema de gran magnitud que afecta sobre todo a este colectivo de ancianos que reside en instituciones geriátricas.

OBJETIVOS: Analizar el estado nutricional del anciano institucionalizado. Determinar la eficacia de los suplementos nutricionales en el anciano institucionalizado.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos tanto generales como específicas. Para la revisión se filtraron los resultados por idioma (limitando la búsqueda a artículos en castellano y en inglés) y por año (incluyéndose únicamente artículos publicados entre los años 2010 a 2017).

RESULTADOS: Según algunos estudios consultados el estado nutricional de los ancianos frágiles institucionalizados en la mayoría de ocasiones no es el óptimo, ya que la desnutrición en este tipo de pacientes es elevada. En cuanto al empleo de suplementos nutricionales, los estudios consultados ponen de manifiesto que no tienen efecto claro ni sobre el peso del paciente ni sobre el índice de masa corporal.

CONCLUSIÓN: Los ancianos con mayor riesgo de deterioro nutricional son los pacientes más frágiles con mayor número de patologías. El estado nutricional del anciano válido es adecuado mientras que el del anciano no válido es deficiente. Los suplementos nutricionales en líneas generales no demuestran eficacia. Se deben desarrollar estrategias de prevención para mejorar el estado nutricional del anciano institucionalizado.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, GERIATRÍA, DESNUTRICIÓN, MALNUTRICIÓN.

INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNIDAD RESIDENCIAL PARA MAYORES

BÁRBARA MUÑOZ RODRÍGUEZ, JOSE FRANCISCO LOPEZ MANZANO, MARINA JAIME CERVILLA

INTRODUCCIÓN: Las UPP, son lesiones que aparecen en la piel, por apoyo de la zona durante un periodo de tiempo. Si el paciente se encuentra encamado, no puede cambiar de posición sólo o hace vida, cama sillón, tiene mayor probabilidad de sufrirla.

OBJETIVOS: Analizar la incidencia de UPP en una unidad residencial.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Para ello se toma una muestra de 34 residentes, de la Residencia para Mayores Conde de Pinofiel. Se realiza en el periodo de tiempo 01/17 al 12/17. Los criterios de inclusión: todos los residentes que hayan ingresado anteriormente a enero 2017 o en los primeros 6 meses del año, excluyendo, todos los demás. Los instrumentos utilizados son: Hoja de recogida de datos, 2 enfermeras entrenadas, recogieron los datos de los residentes (observación directa). Describiendo el estado de la piel al ingreso, y 3 veces por semana, hasta mejoría, o fallecimiento. Análisis estadístico: SPSS versión 19 y distribuciones de frecuencias.

RESULTADOS: El número de residentes con UPP es 5, destacando 4 casos nuevos, por tanto la incidencia es 11,8 %. La media de edad es 80 años, y destacando un mayor número de casos de hombres (80%), que de mujeres (20%). Las UPP que se iniciaron en el periodo del estudio, fueron de primer y segundo grado en la zona sacra o en las caderas, y se resolvieron en un tiempo medio de 8 días. A todos se les había aplicado medidas de prevención. Los factores de riesgo asociados, son: movilidad reducida o periodo encamado.

CONCLUSIÓN: Se ha podido observar que las UPP son de grado menor a tres, por lo que hay una menor repercusión en su estado de salud. Destacamos el cambio postural cada 2 horas, como la mejor medida para mejorar la piel junto a la adecuada hidratación y alimentación.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERAS POR PRESIÓN, ENFERMERÍA, CUIDADOS, TERCERA EDAD, INCIDENCIA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RESIDENTES CON RIESGO DE CAÍDAS: GERIATRÍA

BÁRBARA MUÑOZ RODRÍGUEZ, MARINA JAIME CERVILLA, JOSE FRANCISCO LOPEZ MANZANO

INTRODUCCIÓN: El riesgo de caídas es relacionado con diversos factores, diferenciándose los que dependen del estado físico y psicológico del paciente y los que derivan del contexto en el que se encuentra el residente.

OBJETIVOS: Identificar aquellas personas que tienen un mayor riesgo y en las situaciones en las que se da.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo con análisis de los pacientes que residen en la Residencia para Mayores Conde de Pinofiel de Antequera, con riesgo de caídas, en el periodo 01/17 al 12/17. Se recogieron los datos de sus historia clínica en el ingreso, situación cognitiva (Test de Pfeiffer) y funcional (Barthel), registro de riesgo de caídas (Escala Morse).

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, ha disminuido la incidencia de caídas, siendo de un 0,001. Se observa que el riesgo de caídas es mayor en pacientes, pluripatológicos y con un nivel cognitivo, bajo. Las circunstancias que lo desencadena, son el levantarse de la cama sólo o del sillón.

CONCLUSIÓN: Los residentes con un mayor deterioro funcional, son los que mayor riesgo de caídas presentan. La labor de enfermería es esencial para la detección temprana del riesgo y de ese modo, modificar los factores desencadenantes. Instruir a todo el personal de la residencia de la importancia de vigilar a los pacientes con mayor riesgo, hará que disminuya el riesgo de caídas y con ello que aumente la calidad de vida de los residentes.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, RIESGO, TERCERA EDAD, CAÍDAS.

FACTORES DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN PERSONAS MAYORES

JUAN ANTONIO SOLÍS MONTERO, IVAN TAMARGO PLAZA, RAFAELA SOLÍS MONTERO

INTRODUCCIÓN: La desnutrición en personas mayores, se presenta como un importante problema dada su gravedad y prevalencia. Los datos son más alarmantes por el gran porcentaje de personas mayores que la padecen. La desnutrición está catalogada como uno de los grandes síndromes geriátricos que acontecen en las personas mayores, es un proceso patológico complejo, frecuente y con consecuencias muy negativas para la salud y la calidad de vida de estas personas. Esto produce alteraciones del estado inmunitario, agravación de procesos infecciosos, complicaciones de las patologías sufridas.

OBJETIVOS: Identificar factores de riesgo que conlleven a la desnutrición en personas mayores.

METODOLOGÍA: Se elaboró una revisión sistemática sobre la temática. A continuación, se muestran las bases de datos consultadas con sus correspondientes cadenas de búsqueda, y al lado, el número de resultados obtenidos, tras filtrar a solo estudios de los últimos 2 años. PubMed (04/01/2018): (elderly[mh]) and (malnutrition[mh]) and (risk factor[mh]); 51 Cochrane Library (04/01/2018): (elderly) and (malnutrition) and (risk factor); 36 De los 87 resultados obtenidos, se han seleccionado 7 meta-análisis por su alto grado de evidencia científica.

RESULTADOS: Los factores independientes asociados al riesgo de malnutrición, son: no poseer estudios, sentir soledad, mantener dietas controladas, un apetito escaso, número de fracciones en la ingesta diaria, sufrir xerostomía, tener dificultades para deglutir, el número de enfermedades crónicas y haber sufrido enfermedades agudas en el último año. De los anteriormente nombrados se contempla con mayor relevancia las enfermedades agudas del último año a las enfermedades crónicas, y las dietas incontroladas.

CONCLUSIÓN: Se puede concluir que la obesidad guarda relación con los cambios alimenticios y las carencias a la hora de alimentarse de la población infantil, el sedentarismo ha aumentado debido a la aparición de nuevos entretenimientos tecnológicos. Todo esto permite alimentar las cifras de obesidad infantil que crecen día a día.

PALABRAS CLAVE: FACTOR, MALNUTRICIÓN, MAYORES, RIESGOS, ENFERMERÍA.

CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PERSONAS MAYORES CON TRASTORNOS LOCOMOTRICES

PAULA OBESO BENITEZ, PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento está aumentando rápidamente en Japón. Como las personas mayores padecen muchas enfermedades y discapacidad en actividades de la vida diaria (AVD), es necesario que los profesionales de la salud brinden intervenciones tanto para controlar las enfermedades, como para prevenir o reducir la discapacidad. El concepto de "síndrome locomotor (SL)" se propuso para abordar estos problemas y prolongar la esperanza de vida saludable de las personas con trastornos del aparato locomotor. Para identificar a las personas con SL se utilizó la escala sobre la función locomotora en geriatría (GLFS-25). La osteoporosis, el dolor en la región lumbar, la rodilla y la obesidad son factores de riesgo del SL.

OBJETIVOS: Determinar los factores relacionados con los grados de discapacidad en las AVD e identificar las limitaciones en cada actividad

METODOLOGÍA: Se utilizaron los datos recopilados en un estudio de cohorte prospectivo. Los pacientes de ≥ 65 años fueron reclutados con unos criterios de inclusión y exclusión. La puntuación de corte para identificar un SL se estableció en 16 en la GLFS-25.

RESULTADOS: Identificamos 3 grupos de actividades, actividades con dificultad leve, moderada (50-80% de los participantes) y severa (casi todos). Las actividades del grupo 1 se consideraron más fáciles de realizar y las del grupo 3 fueron las más difíciles.

CONCLUSIÓN: Los participantes con una puntuación de GLFS-25 más alta, demostraron un mayor número de limitaciones y por tanto un mayor grado de discapacidad en las AVD. La discapacidad aumenta en función del número de limitaciones que aparezcan, primero serán las AVD instrumentales y después las básicas.

PALABRAS CLAVE: ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA, SÍNDROME LOCOMOTOR, DISCAPACIDAD, GERIATRÍA.

VALORACIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN DE GRADO IV POR ENFERMERÍA

ANA ISABEL PUERTO DEL CANTO, VICTOR MANUEL CASADO GARRON, JULIO ALBERTO CLARO PONCE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 70 años, ingreso hospitalario por sepsis urinaria y UPP IV EN SACRO. Antecedentes de DM2, HTA, prótesis de cadera con movilidad reducida.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La recogida de datos se ha basado según el modelo de Florence Nightingale. En la hospitalización se le hace un sondaje vesical, para evitar la posible reinfección de la úlcera. Realización de curas cada 24h, limpiando el lecho de la herida con antisépticos y realización de desbridamiento manual y mecánico del tejido necrótico y de esfacelos. Aplicación de apósitos con carbón activado más compresas de cierre de la herida. La evolución es favorable tras haber tenido que dar analgésicos previos a la cura por la presencia de dolor. Orientación al paciente y familiar de la importancia de la movilización para la prevención.

JUICIO CLÍNICO: Paciente en riesgo de empeorar o mejorar su estado de salud si el tratamiento se lleva a término y los consejos se evalúan con un seguimiento continuo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El punto de partida del diagnóstico diferencial es identificar los factores causales: las UPP se localizan en el tejido subcutáneo y son causadas por la compresión de las partes blandas del cuerpo entre dos superficies resistentes, generalmente sobre prominencias óseas y en pacientes con poca movilidad. En las UPP los factores de riesgo están el cizallamiento, la fricción y la humedad y productos oclusivos para la incontinencia.

PLAN DE CUIDADOS: Curas cada 24H. Con antiséptico y desbridamiento manual y mecánico del tejido necrótico y de esfacelos. Aplicación de apósitos con carbón activado más compresas en cierre de la herida.

CONCLUSIONES: El papel de enfermería es fundamental cuando se basan en protocolos de actuación que existen basados en evidencias científicas y también se presentan las dificultades ajenas de cómo el paciente va tolerando el tratamiento y recomendaciones, así como la respuesta del organismo a este.

PALABRAS CLAVE: SEPSIS, DESBRIDAMIENTO, NECROSIS, DOLOR.

CELULITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MANUEL CRESPO LÓPEZ, MARINA CRESPO CAÑETE, MIGUEL ACEDO RIVERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 68 años con Leucemia Linfática Crónica desde hace dos años que desde hace unos 7-8 meses presenta brotes de placas y nódulos pruriginosos de características evanescentes sobre todo en cara y extremidades superiores a veces acompañadas de vesículas agrupadas y que desaparecen sin dejar cicatriz con buena respuesta a tratamiento corticoideo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En área facial presenta varios nódulos eritematoedematosos con ligero aumento de temperatura y en extremidades, placas de mayor tamaño eritematosas, mal definidas con vesículas en su superficie de contenido seroso. Biopsia piel: Fragmento cutáneo con discreta espongirosis e infiltrado dérmico superficial y profundo de predominio perivascular formado por linfocitos con abundantes eosinófilos que afecta al tejido celular subcutáneo. Dermatitis eosinofílica.

JUICIO CLÍNICO: Celulitis eosinofílica asociada a Leucemia linfática crónica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Pénfigo, Dermatitis herpetiforme, Lupus.

PLAN DE CUIDADOS: El Síndrome de Wells cursa por brotes y en cada brotes además de mantener una limpieza adecuada de las lesiones para evitar sobreinfecciones, se pauta una dosis de corticoides orales hasta la resolución del cuadro.

CONCLUSIONES: Los pacientes con trastornos linfoproliferativos maligno presentan con frecuencia manifestaciones cutáneas como la celulitis eosinofílica, también llamada Síndrome de Wells. En la celulitis eosinofílica encontramos pápulas y nódulos eritematosos, dolorosos y pruriginosos, de tamaño variable a veces con vesículas y ampollas purpúricas. Los hallazgos histopatológicos de este proceso consisten en un infiltrado linfocitario con abundantes eosinófilos, que puede distribuirse tanto alrededor de los vasos como en el intersticio, puede afectar a la dermis superficial y/o profunda e, incluso, también al tejido celular subcutáneo. En el estudio inmunohistoquímico hay un claro predominio de los linfocitos T sobre los linfocitos B que, a su vez, eran negativos para los antígenos CD23 y CD5 (marcadores característicos de la LLC). Estos hallazgos presuponen el carácter reactivo de esta entidad, ya que no se debe a la infiltración específica por las células neoplásicas.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME DE WELLS, CELULITIS EOSINOFÍLICA, LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA, DERMATOLOGÍA.

REPERCUSIÓN DEL MALTRATO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

MARIA JOSE GUARDIA SALMERON, ROSALIA LIROLA ACIEN, ANTONIO RODRIGUEZ MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: El maltrato a personas mayores es un problema sociosanitario emergente y de gran importancia en la actualidad. Ocurre en países ricos y pobres, y en todos los niveles de la sociedad, en el hogar o en entorno institucional.

OBJETIVOS: Identificar las repercusiones en la salud de las personas mayores que sufren maltrato.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio de revisión sistemática, el ámbito de estudio fueron las bases de datos: Pubmed y el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda: "repercusion del maltrato", "consecuencias del maltrato" y "salud y maltrato a ancianos".

RESULTADOS: Siete artículos que cumplieron los criterios de inclusión. Abordaban las consecuencias físicas del maltrato el 71% de los artículos, siendo las mas frecuentes hematomas, heridas en la cabeza, dolor físico persistente, fracturas, mala alimentación y deshidratacion, trastornos del sueño, etc... Respecto a las consecuencias psicológicas (43% de los artículos), la mayoría de los estudios señalan la depresión como principal consecuencia, siendo también común la ansiedad y las alteraciones del sueño. Abordan las consecuencias sociales el 43% de los artículos, siendo la principal el aislamiento.

CONCLUSIÓN: Las lesiones, el miedo y el estrés asociados al maltrato pueden ocasionar que los problemas de salud se hagan crónicos, pueden reducir la esperanza de vida y, pueden llevar a la muerte de las personas mayores. Estos malos tratos repercuten en el sistema sanitario, ya que las personas mayores que sufren maltrato hacen un mayor uso de los servicios sanitarios y presentan mayor numero de hospitalizaciones condicionadas por la morbilidad asociada a los síntomas y consecuencias del maltrato. El maltrato a las personas mayores es un problema sociosanitario emergente en las sociedades desarrolladas y de gran importancia en la actualidad e impele la puesta en marcha de planes de actuación por parte de los profesionales sanitarios para la detección y tratamiento de los casos.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, MALTRATO EN EL ANCIANO, REPERCUSION EN SALUD, CONSECUENCIAS DEL MALTRATO.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)

MARIA ORTIZ RAMIREZ, ROCIO SALMERON GARCIA, PAULA GIL PLAZA

INTRODUCCIÓN: La infección urinaria es uno de los procesos más comunes en personas de edad avanzada, esto produce en ocasiones un estado de confusión aguda, se trata de un síndrome transitorio, que es altamente común entre personas mayores.

OBJETIVOS: Conocer tanto a cuidadores como a profesionales de la salud que ante dicho síndrome tenemos que actuar pensando en una posible infección (urinaria o de otro tipo) antes de pensar que es el inicio de una demencia. Con la realización de pruebas tan simples como una tira de orina o tomar la temperatura podemos descartar si se trata de un proceso infeccioso o no.

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 publicadas en revistas científicas entre los años 2010 y 2017.

RESULTADOS: Esta confusión puntual, en general, es reversible si se trata la causa que la genera. Una vez el doctor observa los resultados del análisis de orina y confirma el diagnóstico de infección, suele recetar un tratamiento basado en antibióticos por vía oral durante un periodo de tiempo concreto tras el cual se repiten los análisis y se comprueba si la infección ha remitido.

CONCLUSIÓN: La infección urinaria puede originar una alteración de la conciencia y de las capacidades cognitivas lo que suele llevar a confusión con el inicio de una demencia o de cualquier otra patología neurológica.

PALABRAS CLAVE: INFECCIÓN URINARIA, CONFUSION PUNTUAL, DEMENCIA, ANCIANOS.

ÚLCERAS POR FRICCIÓN: CARACTERÍSTICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ANGELES RAMOS MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ GARCIA, CELIA CRUZ COBO

INTRODUCCIÓN: Una úlcera por fricción es la lesión provocada por fuerzas de roce-fricción entre la piel del paciente y otra superficie paralela, como por ejemplo, las sábanas cuyo movimiento entre ellas se produce en sentido contrario y provocando, en la mayoría de los casos lesiones superficiales en forma de ampollas o pérdida de la capa superficial de la piel.

OBJETIVOS: Describir las diferencias existentes entre las úlceras por presión y las lesiones por fricción, así como desarrollar un algoritmo diagnóstico que permita su correcto abordaje.

METODOLOGÍA: Para cumplir con los objetivos propuestos nos planteamos una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (pubmed y cuiden fueron elegidas en este caso) así como en las asociaciones de conocimiento científico como son la GNEAUPP accediendo a su base de datos “biblioteca alhambra”. Como palabra clave escogimos “úlceras” “lesiones” fricción” y realizamos combinaciones entre ellas mediante el operador booleano AND obteniendo las siguientes combinaciones “úlceras” AND “fricción” y “lesiones” AND “fricción”. Debido a la poca producción científica no se estableció año de publicación límite.

RESULTADOS: La diferencia esencial entre las UPP y las lesiones por fricción es su etiología, la causa de las UPP es la exposición prolongada dos superficies duras (hueso y colchón) que produce una fuerza perpendicular y como consecuencia una isquemia por oclusión de la superficie afectada, las lesiones por fricción son producidas por el roce entre dos fuerzas paralelas que producen irritación y pérdida de continuidad de la capa superficial de la piel.

CONCLUSIÓN: Es fundamental un diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones que nos permitan un adecuado tratamiento y prevención adecuado a las necesidades de cada uno de nuestros pacientes permitiendo que se realicen unos cuidados de calidad basados en la mayor evidencia disponible.

PALABRAS CLAVE: FRICCIÓN, ENFERMERÍA, ETIOLOGÍA, ÚLCERAS.

