

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.

PATOLOGÍA EN LA VEJEZ

INVESTIGACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	6
TETYANA SEMENOVA	
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE CIÁTICA EN PACIENTES	7
ANA MARIA RAMOS LAZARO, MERCEDES CONTRERAS JIMENEZ, MARIA YOLANDA MATEOS ESPAÑA	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL: PREVENCIÓN E INFORMACIÓN DEL PACIENTE	8
MARIA YOLANDA MATEOS ESPAÑA, MERCEDES CONTRERAS JIMENEZ, ANA MARIA RAMOS LAZARO	
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS FRACTURAS DE FÉMUR EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA Y DIABÉTICOS	9
ANNA BELEN OTERO ROMERO, JUDIT VERA BARNES, EDUARDO WILLIAN DE SOUSA PASSARINI, VERÓNICA MARTÍNEZ PASTOR, LAIA FERNÁNDEZ IZQUIERDO, RAMON MOYA MARCHANTE, ALEX GONZALEZ ASENSIO, LILIAN OTOMO BOSCH, NURIA VAZQUEZ GALINDO, DANIEL PEREZ GARCIA, SARAY AGÜERO PEREZ, SONIA ARDEVOL SARABIA	
EMPLEO DE OPIOIDES COMO TRATAMIENTO DE LA OSTEOARTRITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	10
CELIA ADRIANA FIGNANI MOLINA, MARIA ISABEL CRIADO PORTERO, FRANCISCO JAVIER MOLEON RODRIGUEZ	
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTE DE APENDICITIS AGUDA	11
CRISTINA MELERO HERNANDEZ, ALMUDENA SABATE ARJONA, CRISTINA RIVAS SAAVEDRA, MARIA ROCÍO MELLADO MORENO, ANA PEREZ VAZQUEZ, SONIA FUERTES PURIFICACIÓN, JESSICA MELERO HERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN SERRANO HERNANDEZ, SILVIA VILLALON DIAZ, JORDI BUENO TORRES, DIEGO PEREZ ESTALL	
BENEFICIOS QUE APORTA LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LA DEMENCIA .	12
SUSANA LUNA NEVADO, ANTONIA JESUS IBAÑEZ JIMENEZ, RAQUEL NAVEA LOPEZ	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA POR LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS: RECOMENDACIONES BÁSICAS.....	13
MERCEDES REYES ORTIZ, MARIA LORENA PUIG SOTO, MARIA ISABEL DIEGUEZ ABRIL	
PACIENTE ANCIANO CON NEUMONÍA: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ..	14

ELENA PALMA AYLLÓN, ALVARO GUTIERREZ IBAÑEZ, NAZARET DELGADO
OLEA

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA INFECCIÓN URINARIA.....15

AMINA RAJI FILALI, SANDRA CABRERA GARCIA, ROSA MARÍA GARCÍA CAZORLA

**HIPOVITAMINOSIS, PANCITOPENIA Y ANEMIA MEGALOBLÁSTICA EN LA VEJEZ
.....16**

IRENE CAMPOS DOMINGUEZ, ELENA MUÑOZ ISTURIZ, ROCIO COBOS BACA

CICATRIZACIÓN DE ÚLCERAS VASCULARES: VENDAJES COMPRESIVOS17

ISABEL MARIA SANCHEZ CAMPOS, DOLORES RAMOS MARTINEZ, ALICIA TORRES
MIRAS

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANCIANO: TERAPIAS DE
CONDUCTA EN LA INCONTINENCIA URINARIA18**

CARMEN CASTILLO PIMENTEL, MARIA JIMENEZ CAMARA, ALICIA MARIA
VILLEGAS SANCHEZ

PATOLOGÍAS MÁS COMUNES EN EL ADULTO MAYOR.....19

ANTONIO CORDERO CORDERO, ELISABET TEJERO TEJERO, MARIA VICTORIA
RUEDA AGUILOCHO

INTERVENCIÓN OSTEOPOROSIS Y MENOPAUSIA.EN MUJER MENOPAUSIA.....20

ROSA MARIA MATURANA JIMÉNEZ, ISABEL NAVARRO GONZÁLEZ, MARIA DEL
MAR OLLER GARCÍA

**RELACIÓN DE XEROSTOMÍA CON POLIMEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN
ANCIANA.....21**

MARIA DOLORES ARJONILLA GARCIA, VANESA QUIÑONES GARCÍA, JESÚS
IGNACIO CASTRO TURRIÓN

STROKE IN ST. FINBARR’S HOSPITAL.....22

ROCIO LUCENA RUZ, MERCEDES ROMERO POZO, CARMEN MARINA RAMOS
CANTARERO

LA DEMENCIA SENIL EN PERSONAS MAYORES23

LAURA MARIA GONZALEZ DEL PINO, MARIA ROSARIO ALMODOVAR SALAS,
GERTRUDIS MOLINO RODRIGUEZ

**TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN ADULTOS MEDIANTE
EL EJERCICIO EN EL AGUA.....24**

ENCARNACION BARRANQUERO RUIZ, MARIA ALEJANDRA RIVERA, ARANTXA
MOMOITIO GONZALEZ

EL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTE PALIATIVO: UN PROBLEMA DE SALUD25

ROCIO ROJAS MARQUEZ, DAVID INFANTE REYES, HELENA POZO ROMERO

TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL AUDITIVA	26
RAFAEL RINCÓN ESTRADA, MARIA DEL MAR MORALES GARRIDO, JESÚS LINARES QUERO	
EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LAS CAÍDAS DEL ANCIANO	27
MARIA AZUCENA DOMINGUEZ TATO, MARIA DOLORES MORENO LOPEZ, FRANCISCA FIGUEROA MOYA	
LACTANTE CON BRONQUIOLITIS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.....	28
ANTONIO RUFINO BALSERA TREJO, IGNACIO DIAZ MIRA, JOSE MARIA NUÑEZ TRIGOS	
ACTUACIONES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA PREMATURIDAD	29
ELENA CRISTINA CID PÉREZ, RAFAEL CID PEREZ, MARIA JOSE PEDRAZA BENITEZ	
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTE HOSPITALIZADO	30
PATRICIA GARCIA HURTADO, FRANCISCO EGEA SANTAMARIA, LORENA MOLERO FORNIELES, NURIA LARDIÉS GOYENCHE, ANNA PARALS GRAU, SHEILA OLIVA ROMERO	
LA ANEMIZACIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	31
PEDRO DELGADO RODRIGUEZ, ANA MARIA DURAN ALONSO, ARACELI ANTON SANTORUM	
PACIENTE ANCIANO CON POSIBLE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO	32
MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN, FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS, PATRICIA ARMENTEROS COSTA	
PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO: ANEMIA GRAVE.....	33
ANA BELÉN ARJONA FUENTES, ANA BEBERLY MORENO TORRES, ANGELA MERCEDES GARCIA ANGUIA	
FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN EL ANCIANO	34
PIEDAD GÓMEZ TORRES, ANA ISABEL CASTILLO GOR, PATRICIA TORRES GÓMEZ	
SEPTICEMIA EN PACIENTE GERIÁTRICO CON HEMODIÁLISIS.....	35
MARIA TERESA ALMAZAN MELGUIZO, PABLO SANCHEZ SANTOS, MARIA ARACELI MORENO ROMERO	
INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN EL PADECIMIENTO DEL ALZHEIMER.....	36
CARMEN FERNANDEZ BARROSO, CARLOS JUAN OLIVA PÉREZ, IRENE QUINTAS SORIANO	
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO MAYOR	37
LAURA RUIZ MOLINA, MARÍA TERRÓN NAVAS, GUILLERMO SANCHEZ ZUÑIGA	

EDUCACIÓN ENFERMERA SOBRE EL USO ADECUADO DE LA VÍA INHALATORIA EN PACIENTES CON ENFERMERDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	38
LAURA MARIA GARCIA DEL PINO, ISMAEL PEREZ CABEZA DE VACA, NATALIA DÍAZ NASARRE	
ÚLCERA POR DECÚBITO O DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA.....	39
ELENA RUIZ GALLARDO, IGNACIO SALGUERO TEJADA, ELOISA CALDUCH CATROFE	
PLAN ASISTENCIAL DEL ICTUS EN ESPAÑA	40
ALICIA RUZ MOLINA, MARÍA DEL ROCÍO MADRIGAL MESA, MARÍA MARTOS ENRIQUE	
ACTUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON ALZHEIMER.....	41
ENCARNACION GARCIA REQUENA, MARIA DEL CARMEN GARCIA REQUENA, RAFAEL RODRÍGUEZ GARCÍA	
CONCEPTO MUERTE ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS SANITARIOS	42
ANTONIO SANCHEZ LOPEZ, CELIA AZAHARA REINA PEÑA, ÁFRICA REINA PEÑA	
CUIDADO, DEPENDENCIA Y RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CON ALZHEIMER	43
VIRGINIA DIAZ GARCIA, JAVIER MONTERO CARRERA, MARIA DOLORES CAMACHO LOZANO	
CASO CLÍNICO EN PACIENTE CON HERNIA INGUINAL DERECHA	44
MARÍA ISABEL BENEDICTO MENA, TATIANA RAMÍREZ VALDERAS, ROCÍO BENÍTEZ ZARZUELA	
ESTUDIO SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES Y MADRES DE PREMATUROS EN EL MÉTODO CANGURO	45
ISABEL CAÑERO DE LA ROSA, ANTONIO ALEXIS MENA GOMARIZ, LAURA FRANCO SANTOS	
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN EL ANCIANO.....	46
MARIA DEL MAR PASCUAL SILES, ROCÍO PARRÓN RODRIGUEZ, MARÍA DEL MAR RUIZ GÓMEZ	
EL ANCIANO FRÁGIL: LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL COMO HERRAMIENTA ESENCIAL PARA UN CORRECTO ABORDAJE	47
EVA MARIA VIDAL CASTILLO, ANTONIA MARIA ALVAREZ JORQUERA, JUAN CARLOS RUIZ VERDEJO, ANTONIO PRADOS RIOS, MARINA MARTÍNEZ SANCHEZ, REBECA CORBALAN LOPEZ, MARIA JOSE BALSALOBRE VILLA	
LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO: CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA	48

EVA MARIA VIDAL CASTILLO, ANTONIA MARIA ALVAREZ JORQUERA, JUAN
CARLOS RUIZ VERDEJO, ANTONIO PRADOS RIOS, MARINA MARTÍNEZ SANCHEZ,
REBECA CORBALAN LOPEZ

**CUIDADOS ENFERMEROS EN ENFERMEDADES TERMINALES EN PERSONAS
MAYORES49**

JUAN ANTONIO SOLÍS MONTERO, IVAN TAMARGO PLAZA, RAFAELA SOLÍS
MONTERO

**CASO CLÍNICO: RELACIÓN DIRECTA ENTRE LA INMOVILIDAD Y EL
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA50**

ROSARIO RODRIGUEZ MARTINEZ, MARIA PROVIDENCIA CERON GARCIA, LIDIA
FENOLL GIL

ACIDOSIS LÁCTICA POR METFORMINA EN PACIENTE DIABÉTICA51

MARÍA DEL MAR MOLINA MORALES

INVESTIGACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

TETYANA SEMENOVA

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer es una enfermedad cerebral que causa problemas con la memoria, la forma de pensar y el carácter o la manera de comportarse. Esta enfermedad no es una forma normal del envejecimiento. El Alzheimer es la forma más común de la demencia y representa del 60-80% de los casos. En los últimos años está subiendo los números de enfermos.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es determinar los elementos de diagnóstico de la enfermedad para mejorar de la calidad de vida a los enfermos.

METODOLOGÍA: Se seleccionaron 30 personas para investigar posibilidad de tener enfermedad de Alzheimer en futuro. Además se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica sobre las diversas bases de datos.

RESULTADOS: Se han identificado 3 fases de evolución degenerativa que, en total, pueden tener una duración de 2 a 10 años. El pronóstico de la enfermedad varía en función de la ayuda asistencial y terapéutica que se establezca en los estadios precoces. No todos los enfermos padecen los mismos síntomas, aunque si hay ciertos comportamientos comunes. En un principio de enfermedad la persona intenta ocultar lo que le está pasando.

CONCLUSIÓN: En el entorno familiar y la ayuda de la familia manifestada en la solidez y la unión puede ayudar a sobrellevar de gran manera la enfermedad. Hoy en día los avances en medicina, tecnología médica y terapias alternativas, otorgan grandes posibilidades de nuevos conocimientos y tratamientos que nos dan una luz sobre alguna cura en un futuro.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD, ENFERMOS, CALIDAD DE VIDA, DIAGNÓSTICO.

ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE CIÁTICA EN PACIENTES

ANA MARIA RAMOS LAZARO, MERCEDES CONTRERAS JIMENEZ, MARIA YOLANDA MATEOS
ESPAÑA

INTRODUCCIÓN: A veces en pequeño dolor o molestia no la damos importancia inicialmente y cuando ya nos decidimos acudir al ambulatorio vemos que lo estábamos haciendo mal en callarnos.

OBJETIVOS: Conocer los síntomas, cuidados y tratamiento de la ciática. Determinar una serie de procesos para un trato adecuado en la asistencia a pacientes con esta patología es muy importante.

METODOLOGÍA: Se revisan documentos bibliográficos desde el 2014 hasta la fecha de dic 2016. Se han seleccionado los artículos más destacados para el estudio. Las bases de datos fueron Dialnet, Pubmed, Enfispo. Los descriptores utilizados fueron Ciática, Lombo-ciática.

RESULTADOS: La ciática se produce por la inflamación del nervio, y es causada por varios factores: pinzamiento del nervio o hernia del disco, diabetes, síndrome piriforme, traumas, golpes o accidentes. Los síntomas son dolor consistente en el final de la espalda, en los glúteos, en la zona de la pelvis a través de una o de las dos piernas. El dolor suele manifestarse con calambres y sensación de quemazón. El dolor se hace más intenso cuando desde la posición de parada se intenta un movimiento, es difícil mantener la posición de sentado. Al diagnóstico se llega gracias a una visita médica, radiografía tac, y test de conducción nerviosa.

CONCLUSIÓN: Un estilo de vida adecuado acompañado de una dieta Saludable y una actividad física moderada ayudan a prevenir la ciática, pero una vez padecida se debe tratar y minimizar con, una buena posición durante el trabajo, no formar la columna vertebral, tomar bajo prescripción medica analgésicos, relajantes musculares, cortisona para reducir la inflamación, sesiones de fisioterapia, ultrasonidos y electro estimulación.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, PREVENCIÓN, PINZAMIENTO, CIÁTICA.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: PREVENCIÓN E INFORMACIÓN DEL PACIENTE

MARIA YOLANDA MATEOS ESPAÑA, MERCEDES CONTRERAS JIMENEZ, ANA MARIA RAMOS LAZARO

INTRODUCCIÓN: La hipertensión se califica como una enfermedad cardiovascular en la que presión ejercida a las paredes de las arterias por la sangre al ser bombeadas por el corazón esta por encima de lo normal. Se considera valores anormales cuando la sistólica es mayor o superior 140 mmHg y/o la diastólica es igual o superior a 90 mmHg según la OMS.

OBJETIVOS: Identificar las condiciones en las que se produce así como las posibles complicaciones que puede acarrear esta enfermedad.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio y análisis de datos en el período desde abril a junio de 2014 a abril de 2016 en el centro de salud de Álvarez de la Riva (Orihuela). Se estudia un conjunto de pacientes de 100 personas que acuden a consulta de hipertensión y se seleccionan a través de un muestreo aleatorio.

RESULTADOS: Se identifican los pacientes en primer lugar por sexo, siendo el 60% mujeres, y el 40% hombres. Todos mayores de 65 años. En segundo lugar se obtiene que el 70 % de los pacientes desconocen las posibles complicaciones de esta enfermedad un 30 % de los estudiados realizan auto comprobación arterial en domicilio. De todos los estudiados el 15% a acudido al menos una vez al servicio de urgencias sanitarias con una crisis hipertensiva. En un porcentaje del 70% de los estudiados se observa que presenta factores de riesgo como tabaquismo, obesidad o hipercolesterinemia.

CONCLUSIÓN: En personas mayores de 65 años y sexo femenino se observa un alto riesgo de padecer hipertensión. Se debería fomentar la educación preventiva para la salud y sobre todo saber cuándo hay que acudir consulta sanitaria. Los factores que resaltan son: una descompensación, falta de adherencia al tratamiento, crisis en hipertensión y aparición de síntomas o signos en otros órganos.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ARTERIAS, SANGRE, PACIENTE.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS FRACTURAS DE FÉMUR EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA Y DIABÉTICOS

ANNA BELEN OTERO ROMERO, JUDIT VERA BARNES, EDUARDO WILLIAN DE SOUSA PASSARINI, VERÓNICA MARTÍNEZ PASTOR, LAIA FERNÁNDEZ IZQUIERDO, RAMON MOYA MARCHANTE, ALEX GONZALEZ ASENSIO, LILIAN OTOMO BOSCH, NURIA VAZQUEZ GALINDO, DANIEL PEREZ GARCIA, SARAY AGÜERO PEREZ, SONIA ARDEVOL SARABIA

INTRODUCCIÓN: Las fracturas de cadera son la causa principal de muerte en pacientes de edad avanzada, sobre todo en edades comprendidas entre 65-75 años. Las principales causas que originan estas fracturas son sobre todos accidentes y los relacionadas con la edad, aunque otros factores que también predominan y que no ha sido demostrada es la diabetes. También se señala como un motivo la osteoporosis y la hipertensión. Las mujeres tienen un predominio mayor debido a la pérdida de la médula ósea de los huesos.

OBJETIVOS: Determinar unas pautas básicas para la prevención de las fracturas de fémur en pacientes diabéticos por parte del personal de enfermería.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de los últimos 5 años en bases de datos de Enfispo, Medline y Cuiden, excluyendo artículos de opinión. Dando más relevancia a las guías clínicas consensuadas.

RESULTADOS: El fin de los cuidados preventivos en este tipo de fracturas es incorporar nuevas técnicas para tener un fácil cumplimiento de las fases del proceso de atención, de manera que se mejore la efectividad en el cuidado y se asegure la calidad en la atención.

CONCLUSIÓN: Un estudio realizado por el Instituto de Investigación en Atención Primaria indica que existe un posibilidad del 20% de sufrir una fractura de cadera aquellos pacientes que sufren de diabetes tipo 2.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA FÉMUR, CUIDADOS ENFERMEROS, DIABETES, PREVENCIÓN.

EMPLEO DE OPIOIDES COMO TRATAMIENTO DE LA OSTEOARTRITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

CELIA ADRIANA FIGNANI MOLINA, MARIA ISABEL CRIADO PORTERO, FRANCISCO JAVIER MOLEON RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: La patología músculo-esquelética es la causa más frecuente de dolor crónico en atención primaria. Esto unido a problemas de eficacia y tolerabilidad de los fármacos limita la analgesia efectiva y el cumplimiento a largo plazo de los pacientes, convirtiendo el dolor crónico en una enfermedad en sí misma con un impacto clínico, social y económico.

OBJETIVOS: Identificar los tratamientos empleados para dolor crónico en adultos con osteoartrosis (OA) y conocer la efectividad de los opioides en dicha patología.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica realizada en bases de datos: Pubmed, Embase y otros recursos: BMJ, NEMJ, UptoDate, American College of Rheumatology, the Osteoarthritis Research Society International con los descriptores del tesoro DeCs y la ecuación de búsqueda “opioids”, “osteoarthritis”, “chronic pain”. Criterios de inclusión: artículos científicos publicados entre 20010-2017 a texto completo, en idioma inglés y español, relacionados con la temática de estudio.

RESULTADOS: De los estudios valorados, destacan 21 ensayos clínicos con 8275 participantes. La oxycodona oral se estudió en 10 ensayos, la buprenorfina transdérmica y el tapentadol oral en cuatro, la codeína oral en tres, la morfina oral y la oximorfona oral en dos, y el fentanilo transdérmico y la hidromorfona oral en un ensayo cada uno. Los opioides fueron más beneficiosos en la reducción del dolor que las intervenciones de control (AINE´s –Naproxeno-, Tramadol y Paracetamol) (DME -0.28; IC del 95%: -0.35 A -0.20), Con una mejoría del 12% (IC 95% 9% a 15%) entre opioides y el resto de tratamientos. Los eventos adversos fueron más frecuentes en los participantes que recibieron opioides en comparación con el control.

CONCLUSIÓN: El paracetamol es el tratamiento de primera línea para dolor osteoarticular en adultos mayores. Los AINE deben limitarse al uso a corto plazo solamente, y casos de dolor moderado y severo, los opioides son más eficaces en adultos con poca comorbilidad.

PALABRAS CLAVE: OSTEOARTRITIS, OPIOIDES, EFECTIVIDAD, EFECTOS ADVERSOS, ADULTOS.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTE DE APENDICITIS AGUDA

CRISTINA MELERO HERNANDEZ, ALMUDENA SABATE ARJONA, CRISTINA RIVAS SAAVEDRA, MARIA ROCÍO MELLADO MORENO, ANA PEREZ VAZQUEZ, SONIA FUERTES PURIFICACIÓN, JESSICA MELERO HERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN SERRANO HERNANDEZ, SILVIA VILLALON DIAZ, JORDI BUENO TORRES, DIEGO PEREZ ESTALL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 19 años que acude por dolor abdominal difuso de 24 horas de evolución, focalizando en fosa ilíaca derecha. El cuadro se asocia a dos vómitos y deposiciones diarreicas sin productos patológicos desde ayer. Explica febrícula de hasta 37.8 °C.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Abdomen depresible, dolor a la palpación profunda y acentuado a la descompresión. Sin signos de peritonismo o defensa abdominal. No se palpan masas o visceromegalias. Orificios herniarios libres. Peristaltismo preservado. Percusión normal. AG: Hb 13.8, Hto 40.4, Leucocitos 22060, N 87.3 %, L 5.9%, Plaquetas 227000, TQ 83 %, glucosa 117, creatinina 0.7, FG >90, BR 0.67, BRd 0.23, Sodio 133.9, Potasio 3.78, Calcio 9.2, AST 17, ALT 19, FA 70, GGT 20, amilasa 19, proteínas 7.9, PCR 6.43. Sedimento: leucocitos 2.2, Eritrocitos 0, bacterias 148 m hongos negativos, cristales de oxalato cálcico aislados. Rx tórax: marco óseo sin lesiones agudas. Rx abdomen: Luminograma inespecífico. Ecografía abdominal urgente: Estudio ecográfico que muestra signos de apendicitis aguda.

JUICIO CLÍNICO: Apendicitis aguda, IQ apendicetomía laparoscópica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Apendicitis aguda, pielonefritis, gastroenteritis, colecistitis y diverticulitis.

CONCLUSIONES: Con el fin de evitar problemas postquirúrgicos de la IQ de apendicetomía laparoscópica se recomienda dieta normal e hidratación abundante (2 litros al día). Además de Paracetamol 1g: 1 comprimido cada 8 horas, Dexketoprofeno 25 mg mediante 1 comprimido cada 8 horas, alternado cada 4 horas con paracetamol si dolor no controlado. Omeprazol 20 mg: 1 cápsula al día, media hora antes de desayunar, mientras tome medicación y Augmentine (Amoxicilina-clavulánico) 875/125 mg 1 comprimido cada 8 horas durante 1 semana. Además de higiene diaria de heridas quirúrgicas con agua y jabón, mantener zona limpia y seca, evitar exposición solar, retirar puntos simples en 12 días en ambulatorio de zona. Acudir a Urgencias si presenta fiebre elevada, incremento del dolor a pesar del tratamiento, signos de inflamación de las heridas o empeoramiento del estado general.

PALABRAS CLAVE: APENDICITIS, CIRUGÍA, QUIRÓFANO, DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE, VÓMITOS.

BENEFICIOS QUE APORTA LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LA DEMENCIA

SUSANA LUNA NEVADO, ANTONIA JESUS IBAÑEZ JIMENEZ, RAQUEL NAVEA LOPEZ

INTRODUCCIÓN: La estimulación cognitiva o psicoestimulación se define como el conjunto de intervenciones no farmacológicas, que pueden ser llevadas a cabo de forma individual o grupal, dirigidas a fomentar o rehabilitar las funciones cognitivas, funcionales y sociales que aún están preservadas en los pacientes con demencia.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios que aportan las intervenciones de estimulación cognitiva, como parte del tratamiento terapéutico y rehabilitador de los enfermos que padecen algún tipo de demencia.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de la biblioteca, utilizando los siguientes descriptores: "Cognición", "demencia", "rehabilitación" y "vejez". Las bases de datos utilizadas fueron: Dialnet, Lilac y Medline. Se obtuvieron un total de 89 resultados. Tras una revisión inicial de los artículos, sólo 13 fueron incluidos al cumplir los criterios de inclusión.

RESULTADOS: Se ha demostrado la eficacia de los programas de rehabilitación cognitiva en los pacientes con demencia. Estas intervenciones producen una mejora significativa de las capacidades cognitivas, emocionales y psicosociales y de las anomalías del comportamiento. Los estudios revisados demuestran que la participación en actividades cognitivamente estimulantes, enlentecen el proceso de deterioro, pero para que estas actividades sean efectivas es necesario un mínimo de compromiso, es decir, cuanto mayor es el nivel de participación mayor será el beneficio obtenido. Esta asociación solo es evidente en las primeras etapas de la enfermedad ya que conforme avanza la enfermedad la participación en este tipo de actividades es menor.

CONCLUSIÓN: La estimulación cognitiva tiene un efecto positivo en la función cognitiva, la depresión, las actividades de la vida diaria y el comportamiento de los enfermos con demencia, ya que produce una mejora significativa en los dominios de la memoria, la comprensión del lenguaje y la orientación. La estimulación cognitiva es beneficiosa para las personas con demencia, pero también lo es para sus cuidadores y para los servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: ESTIMULACIÓN COGNITIVA, BENEFICIOS, DEMENCIA, VEJEZ, REHABILITACIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA POR LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS: RECOMENDACIONES BÁSICAS

MERCEDES REYES ORTIZ, MARIA LORENA PUIG SOTO, MARIA ISABEL DIEGUEZ ABRIL

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) suponen el deterioro de la integridad de la piel del individuo debido a una compresión prolongada de ésta entre una prominencia ósea y un plano duro. Entre las causas que favorecen su aparición destacan la presión, la fricción y la fuerza de rozamiento. Las UPP pueden agravar el estado de salud del paciente alargando su estancia hospitalaria con el consiguiente coste económico adicional. Su prevención es el mejor de los tratamientos.

OBJETIVOS: Determinar medidas para mejorar la salud de estos pacientes, la implicación y la minimización de los costes sanitarios.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado han sido: prevención, salud, cuidados y UPP.

RESULTADOS: Establecimiento de unos protocolos de recomendaciones básicas de prevención y cuidados de las UPP en adultos basadas en la Evidencia científica: Valoración integral del paciente. Valoración y cuidados nutricionales. Valoración y cuidados de la piel. Control de la humedad. Cambios posturales. Manejo de la presión. Uso de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP). Actividad-movilidad. Educación sanitaria. Se consigue la unificación de criterios, favoreciendo la continuidad de los cuidados en los diferentes niveles asistenciales, aumentando la calidad de los mismos y mejorando la atención prestada al paciente y a su entorno familiar.

CONCLUSIÓN: Las UPP se pueden evitar casi en su totalidad (95%), por lo que es esencial el trabajo anticipado, unido a unos buenos cuidados de enfermería; todo dentro de un plan general que incluya el trabajo en equipo (médico, enfermera/o, paciente y familia). Sólo así se podrá dar salida a este problema.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, SALUD, CUIDADOS, UPP.

PACIENTE ANCIANO CON NEUMONÍA: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ELENA PALMA AYLLÓN, ALVARO GUTIERREZ IBAÑEZ, NAZARET DELGADO OLEA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a uno o ambos pulmones y que puede ser causada por bacterias, virus u hongos. En los adultos, las bacterias son la causa más común de neumonía. Se presenta el caso de un paciente de 81 años, hipertenso, diabético y fumador que acude a Urgencias con fiebre alta, dificultad para respirar, dolor en el pecho y tos con flema que ha empeorado en los últimos días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras valoración por el médico, se decide ingresar en planta con diagnóstico de Neumonía del lóbulo inferior izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Neumonía del lóbulo inferior izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diagnósticos de Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz y Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza una valoración inicial junto con un plan de cuidados, en el cual se deciden como diagnósticos enfermeros a tratar: Patrón respiratorio ineficaz y Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

CONCLUSIONES: Tras poner en marcha el plan de cuidados y el tratamiento médico durante su estancia hospitalaria, se hizo una nueva valoración al alta en la cual se observó que los problemas detectados se habían solucionado por completo. Enfermería cumple una importante labor preventiva frente a la neumonía mediante la educación sanitaria, destacando la importancia de la vacunación y de medidas de protección tan sencillas como la higiene de manos y otras como son el evitar los espacios con humo y el hábito tabáquico, aspecto a reforzar en este caso.

PALABRAS CLAVE: NEUMONÍA, ANCIANO, INFECCIÓN RESPIRATORIA, ENFERMERÍA.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA INFECCIÓN URINARIA

AMINA RAJI FILALI, SANDRA CABRERA GARCIA, ROSA MARÍA GARCÍA CAZORLA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 75 años que ingresa en el hospital por fiebre (38.5°C) y molestias al orinar. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica estable, carcinoma del labio intervenido en 2012 y síndrome prostático. No presenta alergias a ningún medicamento. Es intolerante a la lactosa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ASPECTO GENERAL: Buen estado general. Consciente y orientado. Buen estado nutricional. Bien perfundido e hidratado. Eupneico. CABEZA Y CUELLO: Carótidas palpables no ingurgitación yugular, no adenopatías. ASPECTO CARDÍACO: : Rítmica sin soplos. ASPECTO RESPIRATORIO: murmullo vesicular conservado ABDOMEN: Blando, no doloroso, no masas ni megalias. MM. SS. /MM. II. : No edemas, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos presentes. NEUROLOGÍA BÁSICA: Sin focalidad. Meníngeos negativos. Las pruebas complementarias muestran: UROCULTIVO: densidad 1030; pH 6.5; Proteínas > 300 mg/dl; glucosa negativo; cuerpos cetónicos negativo mg/dl; bilirrubina negativo; urubilinogeno 3 mg/dl; nitritos negativo; leucocitos 250 leu/ul; hematíes 1 mg/dl. ANALÍTICA DE SANGRE: Hematíes 4.630.000; Hb 13.8; Hto 41; Plaquetas 258.000; Leucocitos 8.560; Fibrinógeno 347; INR 1.0; TTPA 31; Glucosa 120; Urea 16; Creatinina 0.8.

JUICIO CLÍNICO: Infección del tracto urinario (ITU). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con la anamnesis realizada y los resultados de las pruebas el paciente presenta una infección del tracto urinario la cual necesitara unos antibióticos adecuados.

CONCLUSIONES: La ITU es una de las patologías con más prevalencia en los pacientes geriátricos. Por ello, el objetivo de la enfermería es ofrecer unos cuidados óptimos e integrales con el fin de reducir las complicaciones de la ITU y sobre todo prevenir la infección. Es muy importante desarrollar un plan de cuidados en el que se incluya tanto al paciente como a la familia incluyendo en las acciones la educación para la salud y el apoyo social entre otras acciones, a fin de mejorar la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: INFECCIÓN URINARIA, ITU, CUIDADOS ENFERMEROS, PACIENTE GERIÁTRICO.

HIPOVITAMINOSIS, PANCITOPENIA Y ANEMIA MEGALOBLÁSTICA EN LA VEJEZ

IRENE CAMPOS DOMINGUEZ, ELENA MUÑOZ ISTURIZ, ROCIO COBOS BACA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 85 años de edad con antecedentes de NAMC, enfermedad de Alzheimer, vida cama-sillón, delgadez extrema por falta de apetito, causado por su propia enfermedad cognitiva. Inicia cuadro de decaimiento, astenia, gran palidez, fragilidad capilar presentando con frecuencia (y sin sufrir caídas ni golpes) hematomas generalizados.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración llama la atención palidez en piel y mucosas. Petequias y hematomas generalizados. Signos de deshidratación. Taquicardia, tendencia a la hipotensión. TA: 85/35 mmHg, FC:30 lxm. Se realiza analítica de sangre: HB: 6 HTO:14.9; L 2.200 Con 800 N. Plaquetas 6.000.

JUICIO CLÍNICO: Pancitopenia severa y anemia megaloblástica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hipovitaminosis compatible con anemia megaloblástica.

PLAN DE CUIDADOS: Tras administrar 3 concentrados de hematíes y 5 de plaquetas se realiza nueva extracción sanguínea con resultados: HB:9; Plaquetas 80.000. Se deriva a hematología para valoración de resultados de analítica donde tras realizar frotis sanguíneo no aprecian signos claros de displasia y no visualizan células de hábito blástico descartan anemia hemolítica y la diagnostican como anemia carencial.

CONCLUSIONES: La paciente es dada de alta e indican que el tratamiento adecuado a seguir es sustitutivo con fólico y cianocobalamina e incluso añadir algún suplemento que contenga vitamina C y hemoderivados. Además se le indica que debe realizarse un nuevo control analítico en un mes.

PALABRAS CLAVE: ANEMIA, SANGRE, HEMOGLOBINA, DESHIDRATACIÓN.

CICATRIZACIÓN DE ÚLCERAS VASCULARES: VENDAJES COMPRESIVOS

ISABEL MARIA SANCHEZ CAMPOS, DOLORES RAMOS MARTINEZ, ALICIA TORRES MIRAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 62 años que presenta úlcera vascular en el 1/3 posterior de la pierna derecha, después de 6 meses de evolución, acude a la consulta de enfermería para valorar evolución. Su profesión le obliga a pasar largas horas de pie. Úlcera de 4 cc de diámetro, con piel periulceral dañada, úlcera amarillenta y con bastantes esfacelos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: TA: 130/70. FC: 68 lpm. DTT: 95 (basal). Saturación de oxígeno: 98%. Pulsos presentes. Pruebas complementarias: Radiografía de 1/3 posterior de la pierna. Analítica completa, para valoración de factores de coagulación.

JUICIO CLÍNICO: Úlcera vascular. **PLAN DE CUIDADOS:** Se inicia con curas cada 48 horas según la evolución de la úlcera, sin llegar a la cicatrización total, para que en la fase final se inicie vendaje compresivo multicapa.

CONCLUSIONES: Las úlceras vasculares es uno de los procesos más crónicos y comunes de atención primaria. Este proceso tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Los últimos estudios presentan que el 70% de estas úlceras son recurrentes. Lo que podemos observar es que este tipo de vendaje puede ser muy favorable en úlceras de este tipo, ya que se consigue la cicatrización por segunda intención en un periodo de 14 semanas.

PALABRAS CLAVE: VENDAJE, COMPRESIVO, ÚLCERA, CICATRIZACIÓN.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANCIANO: TERAPIAS DE CONDUCTA EN LA INCONTINENCIA URINARIA

CARMEN CASTILLO PIMENTEL, MARIA JIMENEZ CAMARA, ALICIA MARIA VILLEGAS SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: En el proceso de envejecimiento existe una degeneración orgánica generalizada, presentándose además alteraciones en la movilidad y función neurológica. Estos factores hacen que muy a menudo se presenten incontinencias urinarias en esta etapa de la vida, contribuyendo a la aparición de otros trastornos, como por ejemplo, úlceras por presión.

OBJETIVOS: Analizar en qué consisten las terapias de conducta y en qué casos están indicadas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en dos importantes bases de datos: PubMed y CINAHL con los descriptores para este tema. En total se obtuvieron 164 resultados, de los que escogimos 20, que nos parecieron más relevantes por adecuación con el tema a tratar, tiempo de publicación hasta nuestros días (no más de 10 años) y formato de revisión bibliográfica.

RESULTADOS: Las terapias de conducta son utilizadas sobre todo para incontinencias funcionales e incontinencias de urgencia, esta última la más frecuente en el anciano. Éstas son: Entrenamiento del hábito: aplicada en paciente con movilidad; se le indica que vaya al retrete cada 2 h, modificando el tiempo entre micciones para adecuarse a su propia necesidad para mantenerlo seco. Micción programada: el cuidador lleva al paciente al baño; cada 2 horas en el día y cada 4 horas en la noche, se utiliza para mantener al paciente seco. Reentrenamiento vesical: se indica al paciente que vaya a intervalos fijos al retrete pautados por su hábito miccional previo, tenga o no ganas de orinar, e intente espaciar el tiempo entre micciones para lograr un entrenamiento vesical. Ejercicios de suelo pélvico: consisten en la contracción- relajación de los músculos del suelo pélvico para fortalecer la zona y aumentar el control miccional.

CONCLUSIÓN: Son frecuentes las incontinencias urinarias en el anciano por el natural proceso de envejecimiento. Está en nuestras manos el eficaz tratamiento de éstas.

PALABRAS CLAVE: INCONTINENCIA URINARIA, VEJEZ, TERAPIA DE CONDUCTA, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

PATOLOGÍAS MÁS COMUNES EN EL ADULTO MAYOR

ANTONIO CORDERO CORDERO, ELISABET TEJERO TEJERO, MARIA VICTORIA RUEDA AGUILOCHO

INTRODUCCIÓN: Cuando las personas alcanzan la etapa de adulto mayor, también comienzan una época para disfrutar la vida y descansar, o tener actividades recreativas. Sin embargo, los ancianos conforman un grupo con riesgo de contraer algunas enfermedades y afecciones típicas de la edad avanzada, que pueden hacer que esta etapa de su vida sea más difícil de afrontar.

OBJETIVOS: Contrastar la evidencia empírica acerca de las patologías más comunes en el adulto mayor.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio en bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente en las palabras clave.

RESULTADOS: Las enfermedades más comunes y recurrentes son las siguientes: Artrosis, Artritis, Arterioesclerosis de las extremidades, Alzheimer, Pákinson, resfriados y gripe, sordera presión arterial alta, desnutrición, problemas visuales, Osteoporosis, accidente cerebro vascular (Ictus), demencia senil, etc. , Entre otras.

CONCLUSIÓN: No debemos descuidar al adulto mayor. Lo importante es asegurarse de que tengan la mejor calidad de vida posible y que se sientan queridos y valorados porque, como hemos visto, muchas dolencias se relacionan con el cerebro y los estados de ánimo que rodean a la persona de la tercera edad, siendo de vital importancia, el apoyo psicológico y la comprensión por parte de la familia.

PALABRAS CLAVE: ADULTO MAYOR, APOYO, CUIDADOS, PATOLOGÍAS, PREVENCIÓN.

INTERVENCIÓN OSTEOPOROSIS Y MENOPAUSIA. EN MUJER MENOPAUSIA

ROSA MARIA MATURANA JIMÉNEZ, ISABEL NAVARRO GONZÁLEZ, MARIA DEL MAR OLLER GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La osteoporosis es uno de los problemas de salud más frecuentes en la población longeva. Se trata de una enfermedad silenciosa que cuya manifestación clínica se caracteriza por la aparición de fracturas.

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones educativas para la mejora del comportamiento relacionado con la prevención de la osteoporosis en las mujeres con menopausia.

METODOLOGÍA: Para el presente estudio, se realizó una revisión bibliográfica en el año 2018 en las bases de datos Cuiden, Dialnet, Scielo. Se revisaron los documentos que abarcaban desde el año 2014 hasta la actualidad. A partir de los descriptores “osteoporosis”, “menopausia”, “educación sanitaria”, “alimentación”. Fueron seleccionados un total de 10 artículos. De estos se escogieron 2 que cumplieran con los objetivos de la revisión. A los documentos escogidos se les hizo una revisión final, donde se identificó cómo se abordaba el tema de acuerdo con las palabras clave y el objetivo planteado.

RESULTADOS: Las mujeres suelen presentar mayor predisposición de padecer esta enfermedad principalmente durante la menopausia. Diferentes estudios han sugerido que con la práctica de ejercicio físico, un suficiente aporte de vitamina D , la ingesta adecuada de calcio y una dieta equilibrada puede disminuir la posibilidad de padecer osteoporosis.

CONCLUSIÓN: Destaca la importancia que tiene la educación sobre medidas de prevención y promoción, como elementos de gran valor en la atención a esta enfermedad, donde una correcta educación para la salud, unida a enfoques terapéuticos integrales, lograrían reducir su repercusión negativa sobre la calidad de vida de quienes la padecen.

PALABRAS CLAVE: OSTEOPOROSIS, MENOPAUSIA, EDUCACIÓN SANITARIA, ALIMENTACIÓN.

RELACIÓN DE XEROSTOMÍA CON POLIMEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN ANCIANA

MARIA DOLORES ARJONILLA GARCIA, VANESA QUIÑONES GARCÍA, JESÚS IGNACIO CASTRO TURRIÓN

INTRODUCCIÓN: La xerostomía es la sensación de la persona de sequedad bucal por la falta o disminución de saliva. La disminución del flujo salival y la xerostomía son muy prevalentes en los ancianos debido principalmente a la polimedicación. Son factores de riesgo de patología oral y general y deterioran la calidad de vida.

OBJETIVOS: Determinar la asociación entre la medicación y la xerostomía en el paciente anciano.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica con bases de datos Medline. Se limitó la búsqueda a los artículos con palabras claves “Aged” and “Xerostomia” and “Elderly” and “Drug Therapy”. Se obtuvieron 105 artículos (15 publicados en los últimos 4 años).

RESULTADOS: Una tasa de flujo salival disminuida se asocia de manera estadísticamente significativa a la toma diaria de múltiples fármacos. También se asocia a pluripatología, género femenino y al tabaco en los ancianos. Hiposalivación y xerostomía generalmente coinciden, aunque esta última está más relacionada con problemas psicológicos. Ambas son un factor de riesgo de caries, enfermedad periodontal, candidiasis, halitosis, síndrome de la boca ardiente, malnutrición o alteraciones funcionales orales que disminuyen la calidad de vida del anciano. La toma diaria de medicamentos antisialogogos (antidepresivos, antipsicóticos, diuréticos, hipertensivos, anticolinérgicos, ansiolíticos, sedantes, AINE, antihistamínicos y analgésicos opiáceos) son la principal causa de ambas patologías.

CONCLUSIÓN: Debido al impacto en salud y calidad de vida de la hiposalivación y xerostomía, su detección debe formar parte de las consultas de salud oral en personas mayores.

PALABRAS CLAVE: POLIMEDICACIÓN, POBLACIÓN ANCIANA, PACIENTE, XEROSTOMÍA.

STROKE IN ST. FINBARR'S HOSPITAL

ROCIO LUCENA RUZ, MERCEDES ROMERO POZO, CARMEN MARINA RAMOS CANTARERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: 67 Years old patient, woman, admitted in St. Finbarr's Hospital (Cork) in St. Joshep's 2 unit last August after a stroke on the left side of the brain, causing weakness in the right side of her body and chronic pain on her right leg. The last 7th December, the patient complaints of weakness on her right hand, headache and lack of seeing in her right eye. Patient treated with Aspirin 75 mg/day, Paracetamol TDS and Oxycodone 5 mcg OD, between others as Diclofenac Gel TDS on her right knee. Patient in treatment with insulin secondary to diabetes type 2. Medication given as per chart in the morning.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: On nursing exploration, patient denies any fall and shows anxiety. Observed weakness on her right side of the face, specially on her lips and difficulty speaking and understanding. Appears confuse and agitated. Observations taken: BP 150/70, Pulse 96, Breathing 18, Oxygen saturation 99%, BSL 12.3 Mmol/L. Blood sample taken as urgent, CT scan and swallow test performed.

JUICIO CLÍNICO: Stroke. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** After above mentioned tests, patient's diagnostic is ischaemic stroke on the left side of her brain. Appointment for further carotid ultrasound scan and echocardiogram to be done.

CONCLUSIONES: People who survive a stroke are often left with long-term problems caused by brain injury. Some people need a long period of rehabilitation before they can recover their independence, while many never fully recover and need support to living with the effects of their stroke. To prevent further strokes is important to encourage exercise and a low-fat, high-fibre diet which includes fresh fruit and vegetables and wholegrains. Staff all around the hospital should know how to recognize the signs and symptom of a stroke as a immediate disgnostic is vital for the life of the patient.

PALABRAS CLAVE: STROKE, STROKE'S SIGN, STROKE AND PREVENTION, STROKE AND DIAGNOSIS.

LA DEMENCIA SENIL EN PERSONAS MAYORES

LAURA MARIA GONZALEZ DEL PINO, MARIA ROSARIO ALMODOVAR SALAS, GERTRUDIS MOLINO RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: La demencia es un síndrome, el paciente va perdiendo sus capacidades psíquicas en especial las cognitivas.

OBJETIVOS: Identificar la definición, repercusiones y tratamientos.

METODOLOGÍA: Revisión de artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron bases de datos y página de la Universidad Internacional de Valencia.

RESULTADOS: La demencia es un estado de deterioro del funcionamiento cognitivo que hace imposible desarrollar normalmente las actividades básicas de la vida diaria. No es una enfermedad, sino una condición, puede estar causada por decenas de enfermedades, ejemplo Alzheimer, Parkinson, Enfermedad de Huntington, etc. El Alzheimer es la causa de más del 60% de demencias. Hay 3 fases. Leve: El enfermo puede ser independiente en su vida diaria. Se notan pequeños detalles, su memoria ya no es la misma, olvidos, el acto de pagar le resulta complicado, etc. Moderada: Se suele acudir al médico, la más larga, la familia empieza a notarlo y el afectado intenta ocultarlo, el afectado se desorienta en lugares conocidos, olvida la fecha, olvida hechos recientes, se frustra y se aísla, cambia su carácter etc... Avanzada: Necesita ayuda para sobrevivir, no conoce ni a familia ni a el mismo, no mantiene conversaciones, importante deterioro de la motricidad y pérdida de control de esfínteres, también pierden la capacidad de deglutir. Sobreviene la muerte y suele ser por neumonía e infecciones por UPP. No tiene cura, hay tratamientos sintomáticos.

CONCLUSIÓN: No existe cura, hay medicamentos para el tratamiento sintomático (donepezilo, galantamina, etc.). El enfermo acaba dependiendo de otra persona para sobrevivir. Es una enfermedad que se da normalmente en la vejez.

PALABRAS CLAVE: DEPENDENCIA, ESTADO DE DETERIORO, OLVIDOS, SÍNDROME.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN ADULTOS MEDIANTE EL EJERCICIO EN EL AGUA

ENCARNACION BARRANQUERO RUIZ, MARIA ALEJANDRA RIVERA, ARANTXA MOMOITIO GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: Con el paso de los años la pérdida ósea es un problema de salud importante, que afecta a muchas personas. Hay ejercicios de alto impacto, asociados con carga mecánica, y se ha relacionado que son este tipo de ejercicios los que tienen un mayor efecto positivo en la remodelación ósea. Pero son inapropiados para adultos con trastornos crónicos como la osteoartritis, o para personas de mediana edad con algún problema físico. Por tanto, queda demostrado que ejercitarse dentro del agua puede tener influencia sobre los componentes de la aptitud física; además de ejercer un menor impacto sobre las articulaciones, también es menor el riesgo de fractura traumática. Sin embargo, no están claros sus efectos sobre la salud de los huesos.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad del ejercicio físico dentro del agua para prevenir y tratar la osteoporosis en adultos mayores y adultos.

METODOLOGÍA: Hemos seleccionado ensayos clínicos aleatorios, donde se incluye los ejercicios dentro del agua y terapia para mayores, entre 2012/2017. Palabras clave; osteoporosis, ancianos o mediana edad, ejercicio físico.

RESULTADOS: Este tipo de ejercicios dentro del agua, demostraron ser efectivos para reducir el deterioro óseo relacionado con la edad. Siendo los más prolongados en el tiempo los que proporcionan mayor beneficio. Pero es importante destacar que los ejercicios en el suelo a poder ser tierra, muestran un mejor resultado sobre la densidad mineral ósea.

CONCLUSIÓN: Las personas con alguna patología que no puedan realizar ejercicios en la tierra, es más recomendable que realicen ejercicio en el agua, esto es muy importante para combatir la pérdida ósea.

PALABRAS CLAVE: EJERCICIO EN EL AGUA, TRATAMIENTO, OSTEOPOROSIS, PREVENCIÓN.

EL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTE PALIATIVO: UN PROBLEMA DE SALUD

ROCIO ROJAS MARQUEZ, DAVID INFANTE REYES, HELENA POZO ROMERO

INTRODUCCIÓN: El estreñimiento es el síntoma digestivo más habitual en los enfermos con cáncer avanzado y/o en cuidados paliativos. Se define como la disminución en la frecuencia y volumen de las heces y se acompaña de malestar. Puede estar causado por el propio tumor o por síntomas secundarios a la enfermedad avanzada. Los fármacos que se emplean para el tratamiento del dolor causan estreñimiento en más del 80% de los enfermos. Es un síntoma de difícil valoración por su naturaleza subjetiva y por la dificultad de establecer un patrón de normalidad.

OBJETIVOS: Valorar la incidencia del estreñimiento en pacientes con cuidados paliativos, detectando la causa más común y valorando las recomendaciones para evitar este problema.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos como Cochrane Library, Lilacs, Cuiden y Pubmed a partir de estudios de investigación en los últimos 10 años.

RESULTADOS: La incidencia es alta y el tiempo que se tarda en su diagnóstico y tratamiento aumenta la posibilidad de aparición de implantación fecal y obstrucción intestinal. Se observa en un 70%-80% de los pacientes en situación terminal, en el 40%-50% de los pacientes con enfermedad avanzada y en el 90% de los pacientes tratados con opiáceos. En la mayoría de los casos se utilizan medidas rectales, en lugar de realizar medidas preventivas de tratamiento oral.

CONCLUSIÓN: Educar y cuidar a los pacientes paliativos ante estos problemas; así como aumentar la prevención y el esfuerzo, siguiendo las recomendaciones protocolizadas ya existentes, por parte de los profesionales que se encuentren al cuidado y tratado de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE TERMINAL, CUIDADOS PALIATIVOS, ESTREÑIMIENTO, ATENCIÓN SANITARIA, TRATAMIENTO PALIATIVO.

TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL AUDITIVA

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a consulta comentando que desde hace años varios años, ha notado como le resultaba más seguir una conversación, llegando en las últimas semanas a ser una situación muy difícil de soportar por parte del paciente. Además añade, que cuando se encuentra en un evento con mucha afluencia, el sonido que capta le resulta incluso estridente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la consulta de otorrinolaringología, se le toma las contantes, siendo estas normales. Se le explora sin apreciar ninguna alteración anatómica ni tapones de cera. Se realiza la prueba de Weber y Rinner, detectando un hipoacusia conductiva.

JUICIO CLÍNICO: Hipoacusia conductiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno de la percepción sensorial auditiva r/c alteración de los patrones de comunicación m/p alteración de la percepción sensorial.

PLAN DE CUIDADOS: NOC Comunicación: receptiva. Interpretación del lenguaje hablado NIC Apoyo emocional. Comentar la experiencia emocional con el paciente. Mejorar la comunicación: déficit auditivo. Facilitar el uso de dispositivos que mejoren la audición, si procede. Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso.

CONCLUSIONES: Como tratamiento, se opto por pautar una prótesis auditiva, el cual enfermería comento el uso y el tratamiento de esta. El papel de la enfermería en la hipoacusia es muy importante, tanto durante el proceso de diagnostico, donde se realiza un apoyo emocional tanto al paciente como a la familia, a la que se le dan recomendaciones para hacer más fácil la comunicación con el paciente, dando además indicaciones sobre las medidas no crear situaciones en el que el paciente pueda percibir sonidos desagradables.

PALABRAS CLAVE: PERCEPCIÓN SENSORIAL, OTORRINOLARINGOLOGÍA, HIPOACUSIA, PRÓTESIS.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LAS CAÍDAS DEL ANCIANO

MARIA AZUCENA DOMINGUEZ TATO, MARIA DOLORES MORENO LOPEZ, FRANCISCA FIGUEROA MOYA

INTRODUCCIÓN: Las caídas en el anciano son consecuencias de la edad, las limitaciones físicas, psicológicas y trastornos visuales.

OBJETIVOS: Analizar los principales factores determinantes en las caídas de ancianos.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de búsqueda de estudios relacionados en la base de datos “Cuiden” “Cochrane” y “Pubmed” con las palabras claves: ancianos, caídas, muerte, limitaciones, auxiliar de enfermería.

RESULTADOS: Entre los principales resultados obtenidos se encuentran, la edad entre 70 y 90 años, con predominio del sexo masculino, ancianos con limitaciones físicas, psíquicas y otras como los trastornos visuales. Con frecuencia no tienen consecuencias mortales, pero afectan la salud y calidad de vida de la persona. La disminución de agudeza visual, pérdida de equilibrio, disminución de fuerza muscular siguen siendo causas de las caídas en el anciano.

CONCLUSIÓN: La fuerza muscular, la agudeza visual, el estado psicológico del anciano, los vértigos producen limitaciones a estas personas, con lo cual la mejora para la disminución de caídas: Buena iluminación en todas las instancias. Apoyos como bastones, andadores, barandas. En los baños poner parrillados de madera contra el suelo resbaladizo. Evitar calzados sin ajustes apropiados y vestimentas inapropiadas. Vigilancia y acompañamiento del anciano.

PALABRAS CLAVE: ANCIANOS, CAÍDAS, MUERTE, LIMITACIONES, AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

LACTANTE CON BRONQUIOLITIS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

ANTONIO RUFINO BALSERA TREJO, IGNACIO DIAZ MIRA, JOSE MARIA NUÑEZ TRIGOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón lactante dos meses de vida, con febrícula en días días previos y rechazo de tomas, acude al servicio e Urgencias del hospital Infantil por presentar en las ultimas horas pausas de apnea, con cianosis peribucal, de segundos de duración, presentando fiebre de 38.4° Acompañado de tos, rinorrea y tos padre con catarro de vías altas en la actualidad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, hidratado y perfundido. No exantemas ni petequias, tiraje subcostal, intercostal y supraclavicular; no aleteo nasal. Auscultación cardíaca: tonos puros y rítmicos FC 155 lpm. Auscultación respiratoria: 60 rpm, disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, con sibilantes respiratorios y subcrepitanes predominates en las bases: saturación de oxígeno del 96% (aire ambiente); puntuación de Wood-Downes Frees 6. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias. Exploración ORL y neurológica normal. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** hemograma: leucocitos 11300; hemoglobina 10.2 G/dl; paquetas 500000 mm3 bioquímica: valores dentro de la normalidad. Sedimento orina: negativo virus respiratorio en aspiración nasofaríngeo: positivo para virus sincitial respiratori (VRS).

JUICIO CLÍNICO: Bronquiolitis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Bronquiolitis asma tosferina reflujo gastroesofágico.

PLAN DE CUIDADOS: Iniciar tratamiento con oxigenoterapia a través de gafas nasales a 1 L/min, canalización de vía periférica para fluidoterapia intravenosa y administración de aerosoles con suero salino hipertónico 3%.

CONCLUSIONES: La bronquiolitis se define como el primer episodio agudo de sibilancias en el niño menor de 2 años, con el contexto de un cuadro respiratorio de origen viral. Etiología: Virus Sincitial Respiratorio (50-70% de todos los casos) es la principal causa de hospitalización en menores de un año entre el 1 y el 5 % de los pacientes precisan ingreso hospitalario y el 5-16% de ellos en uci pediátrica.

PALABRAS CLAVE: BRONQUIOLITIS, VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO, TOS, LACTANTE.

ACTUACIONES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA PREMATURIDAD

ELENA CRISTINA CID PÉREZ, RAFAEL CID PEREZ, MARIA JOSE PEDRAZA BENITEZ

INTRODUCCIÓN: La de definición de prematuro según la International Federation of Gynecology and Obstetrics, es aquel que nace entre las 22 y 37 semanas de gestación y con peso inferior a 2500 gramos. La OMS, según la edad gestacional, los clasifica en: prematuros extremos (<28 sg), grandes prematuros (28-32 sg) y prematuros tardíos (32-37 sg). La prematuridad constituye la primera causa de muerte neonatal y una de las más importantes tasas de morbilidad, aunque la tasa de supervivencia y la morbilidad ha mejorado durante las últimas décadas gracias a los avances científicos en el cuidado neonatal.

OBJETIVOS: El objetivo del presente trabajo es analizar mediante la evidencia científica, las complicaciones del nacimiento pretérmino así como las actuaciones a llevar a cabo que mejoren la supervivencia y eviten secuelas en el neonato.

METODOLOGÍA: Los criterios de búsqueda se han establecido según la base de datos PubMed, Cuiden y Medline y en la base de datos estadísticos de la OMS, AEP; SEGO y FIGO, durante el periodo comprendido entre 2010 y 2017.

RESULTADOS: Tras la revisión bibliográfica hay un consenso en que las principales complicaciones que aparecen son: respiratorias (debido aun déficit de surfactante); la complicación tardía más importante es la displasia pulmonar cardiovascular digestivas (la más importante es la enterocolitis necrotizante) neurológicas (hemorragias intracraneales) y como complicación más severa la parálisis cerebral hematológicas inmunológicas oftalmológicas.

CONCLUSIÓN: Debido al número y a la importancia de complicaciones y secuelas secundarias a ellas, es realmente importante que el personal de enfermería y pediatras conozcan todos los cuidados que se deben otorgar a la perfección para prevenirlas, además una buena continuidad asistencial en la unidades de neonatología, disminuye la estancia hospitalaria y las posibles secuelas que puedan aparecer.

PALABRAS CLAVE: PREMATURIDAD, RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO, BAJO PESO AL NACER, PARTO PREMATURO, MÉTODO CANGURO.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTE HOSPITALIZADO

PATRICIA GARCIA HURTADO, FRANCISCO EGEA SANTAMARIA, LORENA MOLERO FORNIELES, NURIA LARDIÉS GOYENECHE, ANNA PARALS GRAU, SHEILA OLIVA ROMERO

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Confusional Agudo (SCA) es un trastorno mental frecuente que afecta en la mayoría de los casos a personas de edad avanzada, con los factores predisponentes como las enfermedades con deterioro cognitivo y factores relacionados con el ingreso; ambiente desconocido, pruebas diagnósticas, etc. Por estar relacionado con el aumento de la mortalidad, la morbilidad física y la duración de la estancia hospitalaria, se considera como un problema de alta relevancia.

OBJETIVOS: Identificar a los pacientes de forma precoz y poder aplicar las medidas terapéuticas para, prevenir, minimizar y evitar mayores complicaciones.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica utilizando las siguientes bases de datos: Elsevier, Google Académico, Scielo. Se emplearon los siguientes términos: síndrome confusional, prevención y anciano. Se han revisados varios artículos en español de 2012 a 2015.

RESULTADOS: El SCA es una patología potencialmente tratable y prevenible. Es muy importante el diagnóstico precoz por parte del personal de enfermería. Se debe observar tanto síntomas cognitivos como físicos, es decir, las variaciones de comportamiento a lo largo del día y alteraciones en las constantes vitales, hipertermia, temblores. Se pueden aplicar medidas para reducir los factores que influyen en la hospitalización, orientación en tiempo y espacio, acompañamiento por parte de los familiares, personal fijo, uso de gafas, audífonos. Está demostrado que los pacientes que lo padecen aumentan su morbimortalidad, estancia y deterioro funcional con respecto a paciente no afectados.

CONCLUSIÓN: La falta de apreciación del médico y de no darle la importancia adecuada por el personal sanitario y los organismos responsables hacen que no se ponga en marcha los dispositivos adecuados para disminuir su elevada magnitud. Es muy importante la actuación de la enfermera de la Unidad de Hospitalización en la rápida identificación y aplicación de las medidas terapéuticas adecuadas para minimizar los efectos de SCA y evitar mayores complicaciones médicas.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, SCA, SCA PREVENCIÓN, HOSPITALIZACIÓN.

LA ANEMIZACIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

PEDRO DELGADO RODRIGUEZ, ANA MARIA DURAN ALONSO, ARACELI ANTON SANTORUM

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 76 años sin alergias, exfumador, DLP, DM-2, no HTA en seguimiento por Neumología por Timoma intervenido en 2012 y con RT posterior. Seguido mediante TC periódico, el último TAC de Tórax evidencia engrosamiento pleural con PET-TAC que confirma engrosamiento hipermetabólico en pleura diafragmática derecha de la que no se descarta malignidad (pendiente de TAC de Tórax de control). También presenta EPOC leve con HRB no reagudizador, hiperplasia benigna de próstata tratada mediante tofovaporización prostática con láser verde el pasado septiembre y seguido por Urología. Al principio de esta semana acude a urgencias por decaimiento, en la analítica presenta una hemoglobina de 7. Le transfunden dos concentrados de hematíes y que da ingresado para control y estudio de anemia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Los análisis clínicos presentan una hemoglobina de 7, proteinograma con síndrome inflamatorio leve, Psa 1.74. Hormonas: prolactina 12.68, Cortisol basal 20.07, Cortisol en orina 30. En bioquímica tiene una urea de 53, Ac. Úrico de 10.2, Cr 1.3, Proteínas 6.5, K 3.2, Albúmina en 3.96, Con un trazado proteinograma normal. La orina presenta hematíes y leucocitos. El EKG con ritmo sinusal, sin alteraciones agudas del ritmo. El TAC de Cráneo como variante se observa Cavum del Septum Pellicidum y Cavum Vergae. Silla Turca vacía. En la Ecografía Abdominal aparece hígado normal con aumento difuso de la ecogenicidad a nivel del parénquima en relación con esteatosis, vía biliar normal, páncreas y aorta abdominal de difícil visualización por abundante gas intestinal, bazo de tamaño normal, riñones sin anomalías, grosor cortical normal y uniforme, quiste renal izquierdo de 4 cm de diámetro. No se observa ectasia de la vía urinaria ni líquido peritoneal libre.

JUICIO CLÍNICO: El juicio clínico es anemia a estudio y ERC estadio IIIA con proteinuria asociada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: En este caso se hace diagnóstico diferencial con procesos infiltrantes de vejiga, pleura y abdominales.

CONCLUSIONES: Debido a los numerosos estudios que se han realizado se ha llegado con seguridad al conocimiento de la patogenia del paciente. Queda ingresado para realizar un estudio de anemia y que lo valore el Nefrólogo para controlar los valores de la función renal y de la hemoglobina. Posteriormente se deberá hacer seguimiento por su Neumólogo y Oncólogo.

PALABRAS CLAVE: ANEMIA, HEMOGLOBINA, TAC, TIMOMA, MALIGNIDAD, EPOC.

PACIENTE ANCIANO CON POSIBLE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN, FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS, PATRICIA ARMENTEROS COSTA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 80 años derivada a urgencias por DCCU, ante cuadro de desorientación y alteración conductual no habituales en ella desde esta mañana, cuando a primera hora de la mañana ha ido a despertarla su nieta. Relata que no habla correctamente con respuestas erráticas y neologismos con comportamientos inadecuados. Relata su familiar que viene presentando estado cognitivo fluctuante desde hace un mes, a raíz de una infección de orina y achacados a accidentes isquémicos transitorios, motivo por el que se encuentra pendiente de valoración en consulta externa de Medicina Interna este mes. Sus antecedentes personales son hipoacusia, HTA, DM2 e histerectomía. Estado basal dependiente para las ABVD. No alergias conocidas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente está desorientada con lenguaje incorrecto y palabras balbuceantes. Eupneica en reposo con buena coloración de piel y mucosas. Afebril, TA de 172/94 mmHg. Tonos cardiacos simples sin soplos ni extratonos. Crepitantes en base izquierda. A nivel neurológico escasamente colaboradora, conserva pares craneales con fuerzas simétricas en MMSS y MMII. Se le realiza TAC craneal que informa de múltiples lesiones vasculares crónicas. Se cursa analítica de orina y sangre, la hematimetría no muestra alteraciones. Se comenta el caso con Medicina Interna de guardia.

JUICIO CLÍNICO: Deterioro cognitivo en estudio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La sospecha inicial fue de un posible accidente cerebrovascular, pero tras los resultados obtenidos en el TAC, se trata de una progresión de su enfermedad cerebrovascular crónica de pequeño vaso, la cual puede explicar el deterioro cognitivo de la paciente.

CONCLUSIONES: La enfermedad cerebrovascular aguda constituye junto con la cardiopatía isquémica y las neoplasias, el grupo de las tres enfermedades más importantes causantes de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. En España, la incidencia de accidentes cerebrovasculares oscila entre 150 y 323 casos por 100.000 Habitantes. Dado que su frecuencia aumenta con la edad, el ictus afecta principalmente a población geriátrica.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, ACV, DETERIORO, COGNITIVO.

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO: ANEMIA GRAVE

ANA BELÉN ARJONA FUENTES, ANA BEBERLY MORENO TORRES, ANGELA MERCEDES GARCIA ANGUITA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a Urgencias por intensa astenia de una semana de evolución, disnea de mínimos esfuerzos y dolor torácico que refiere de tipo punzante de carácter continuo, y que se acompaña de sensación de sequedad de boca. No describe irradiación. No tos ni expectoración. No fiebre ni sensación distérmica. No alteraciones del hábito intestinal, heces de aspecto normal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Al ingreso: TA 120/60mmHg FC 80 lpm. Afebril. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo, tolera decúbito con cabecero incorporado. Palidez en mucosas. Edemas con fovea en MM. II. Se realizan las siguientes pruebas complementarias: analítica de sangre, analítica de orina, gasometría arterial y venosa, ECG, Rx de tórax, Urocultivo, TAC de tórax, abdomen y pelvis sin contraste y colonoscopia. Todos los resultados arrojados en la pruebas son normales exceptuando el hallazgo de diverticulosis colosigmoidea observado tanto en el TAC como en la colonoscopia, y el nivel de Hemoglobina en sangre que se encuentra en 4,7.

JUICIO CLÍNICO: Anemia microcítica grave con requerimiento transfusional de origen digestivo (presencia de hernia de hiato y divertículos). Posible gammapatía monoclonal. Déficit de hierro y vitamina B12. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fatiga manifestado por cansancio, relacionado con anemia. Riesgo de shock relacionado con hipovolemia.

PLAN DE CUIDADOS: Manejo de la energía: Controlar la ingesta nutricional para asegurar los recursos energéticos adecuados. Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad. Manejo de la hipovolemia: Administrar productos sanguíneos. Vigilar la aparición de reacción transfusional. Controlar las constantes vitales.

CONCLUSIONES: A pesar de mostrar una evolución favorable, el paciente continúa hospitalizado a la espera de la decisión del equipo médico para paliar el sangrado a nivel colosigmoideo que, a pesar de ser leve, provoca un déficit importante a nivel volemico en el paciente. Sin embargo, aplicando el plan de cuidados se ha conseguido estabilizar el nivel anémico del paciente y mejorar por tanto la tolerancia a la actividad.

PALABRAS CLAVE: HEMOGLOBINA, CUIDADOS, ANEMIA, ENFERMERÍA.

FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN EL ANCIANO

PIEDAD GÓMEZ TORRES, ANA ISABEL CASTILLO GOR, PATRICIA TORRES GÓMEZ

INTRODUCCIÓN: Los intentos de suicidio en España se cifran entre 50-90 por 100.000 Habitantes/año. En la medida en que las personas mayores conforman el segmento de más rápido crecimiento de la población, el número absoluto de sus suicidios continuará incrementándose y se pronostica que para el 2030 será el doble, por lo que se hace necesario profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo en la vejez para atenuar en cierta medida dicha predicción.

OBJETIVOS: Conocer cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados con conducta suicida de la población de estudio.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la bibliografía sobre el suicidio y sus factores de riesgo más comúnmente asociados. Las bases de datos consultadas fueron: Cochrane Plus y Pubmed (2010-2018).

RESULTADOS: Es habitual que las personas mayores expresen sus intenciones suicidas refiriendo que son una carga para los demás, y que no desean seguir siéndolo y que los demás estarían mejor si ellos estuvieran muertos. Consideran que ya han vivido demasiado, que no tiene sentido que continúen viviendo y que no desean darle más trabajo a los seres queridos. Los factores de riesgo de suicidio en esta población se resumen en: Factores Médicos: Enfermedades crónicas, terminales o incapacitantes Hospitalización periódica. Factores Psiquiátricos: Depresión Esquizofrenia Trastorno Bipolar Alcohol u Otras drogas Otras enfermedades Psiquiátricas. Factores Psicológicos: Duelo reciente Sentimientos de soledad e inutilidad Inactividad Deseo de morir. Factores Socio-Familiares: Pérdida seres queridos Cambio de domicilio periódico Ingreso en centro residencial.

CONCLUSIÓN: El conocimiento de estos factores es importante pues nos facilita la detección de la población en riesgo, posibilitando una actuación enfermera temprana y eficaz en los casos requeridos.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, SUICIDIO, ANCIANO, PREVENCIÓN.

SEPTICEMIA EN PACIENTE GERIÁTRICO CON HEMODIÁLISIS

MARIA TERESA ALMAZAN MELGUIZO, PABLO SANCHEZ SANTOS, MARIA ARACELI MORENO ROMERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 72 años que acude al servicio de Urgencias por fiebre que no cede de 39°C con disnea en aumento. Ante la sospecha de sepsis grave ingresa en observación. Antecedentes personales: Enfermedad crónica renal estadio 5 de etiología no aclarada en programa con hemodiálisis desde 2016. Leucemia linfática crónica. Valvulopatía aórtica con estenosis severa. HTA. Dislipemia. Sin antecedentes quirúrgicos de interés. No alergias. Tratamiento domiciliario: Omeprazol, Simvastatina, Escitalopram, Zolpidem, Prednisona, Acetato cálcico, Amlodipino.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Abdomen globuloso. Edemas bimaletolares con fovea positiva, sin signos de TVP. Consciente y orientada. Buena movilidad de cuatro miembros sin compromiso neurológico, impresión global de debilidad. Respiración disnéica con tos productiva. Constantes: TA 105/50, FC 98ppm, SpO2 89%, Tª 38,5°C. RX tórax: infiltrado basal derecho. Hemograma y bioquímica: Leucocitosis. Hemocultivos: negativos.

JUICIO CLÍNICO: Sepsis grave de origen respiratorio con sospecha de posible foco endovascular (antecedente de varios recambios de catéteres y fistulas arteriovenosas). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neumonía basal derecha con descompensación de insuficiencia cardíaca. Se inicia control sintomatológico más antibioterapia empírica y se consulta con nefrología que descarta necesidad de hemodiálisis urgente.

PLAN DE CUIDADOS: Tras valoración enfermera según patrones funcionales destaca la preocupación por la evolución de su enfermedad y disminución de movilidad en los últimos meses y empeoramiento tras ingreso hospitalario. Diagnósticos enfermeros prevalentes: Riesgo de deterioro de los sistemas corporales relacionado con inmovilización prolongada manifestado por debilidad muscular generalizada. Baja autoestima situacional relacionada con avance de la enfermedad manifestado por verbalizaciones negativas.

CONCLUSIONES: Se decide ingreso en UCI tras evolución tórpida en observación. Se continúa tratamiento sintomatológico y se realiza hemodiálisis bajo monitorización, en balance -2500ml aceptablemente tolerada. Tras 6 días en UCI hemodinámicamente estable, sin dolor ni disnea. Buena oxigenación con gafillas nasales a bajo flujo. Anuria por no tener diuresis residual. Febrícula controlada. Se decide alta a planta de hospitalización para continuar tratamiento y valorar evolución.

PALABRAS CLAVE: SEPTICEMIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, HEMODIÁLISIS.

INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN EL PADECIMIENTO DEL ALZHEIMER

CARMEN FERNANDEZ BARROSO, CARLOS JUAN OLIVA PÉREZ, IRENE QUINTAS SORIANO

INTRODUCCIÓN: Situaciones estresantes a largo plazo provoca daño cerebral debido principalmente a la exposición de glucocorticoides. Unos niveles elevados de estrés junto con la producción exagerada y crónica de glucocorticoides podrían producir una serie de alteraciones cerebrales que podrían repercutir en el desarrollo de enfermedades, entre ellas, enfermedades neurodegenerativas.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar la relación que existe entre el estrés y el padecimiento del Alzheimer.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de salud, tales como CUIDEN, PubMed, Scielo, Biblioteca Cochrane de 2011 a 2017. Como resultado de la combinación de descriptores Alzheimer, estrés, glucocorticoides se han obtenido 38 resultados. De todos los anteriores se han seleccionado 7 artículos por su relevancia y actualidad. Posteriormente se realizó una revisión sistemática de todos los artículos seleccionados. El estudio se llevó a cabo entre julio y diciembre del 2017.

RESULTADOS: El estrés produce un envejecimiento prematuro de áreas claves del cerebro, como el hipotálamo, provocando problemas de aprendizaje y memoria. Esto genera un aumento en las probabilidades de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. El estrés crónico tiende a provocar estados de incapacidad, depresión y ansiedad, lo cual puede predisponer al padecimiento de trastornos neurodegenerativos.

CONCLUSIÓN: Según las investigaciones más actuales, el estrés crónico en el anciano supone un importante factor de riesgo en el inicio y desarrollo de la demencia tipo Alzheimer. Lo esencial para mantener la salud cerebral es mantener el estrés en un grado moderado y sano. Los programas de reducción de estrés deben ir adaptados a las características idiosincrásicas de las distintas etapas evolutivas.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, ESTRÉS, FACTOR DE RIESGO, GLUCOCORTICOIDES.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO MAYOR

LAURA RUIZ MOLINA, MARÍA TERRÓN NAVAS, GUILLERMO SANCHEZ ZUÑIGA

INTRODUCCIÓN: La obstrucción intestinal ocurre cuando la comida o las heces no pueden salir del intestino, ésta puede ser completa o parcial. Las causas más comunes son adherencias, hernias, cánceres y algunas medicinas. En ancianos, es una causa importante de cirugía de urgencia.

OBJETIVOS: Analizar la obstrucción intestinal asociada a cirugía de urgencia en el adulto mayor.

METODOLOGÍA: Se realizó un búsqueda sistémica en Google scholar y Pubmed con las palabras claves “obstrucción intestinal”, “anciano mayor” y “cirugía de urgencia”, como criterios de inclusión se utilizaron: lenguaje (español), año de publicación (2016-2018). Se escogieron 2 artículos por su relevancia. Además, se consultó Medline para la definición de “obstrucción intestinal”.

RESULTADOS: En ambos artículos, se refleja que la obstrucción intestinal representa entre el 26.78%-36,54% De factor de riesgo de cirugía abdominal de urgencia, dándose más en el sexo masculino y en personas mayores de 65 años, con antecedentes quirúrgicos de cirugía abdominal. Como comorbilidades más frecuentes asociadas a la Obstrucción intestinal se encuentra la Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo II. En ambos la causa más frecuente de obstrucción, fue debida a bridas o adherencias y la intervención de liberación de las mismas fue llevada a cabo entre el 71.43-73,7% De los casos.

CONCLUSIÓN: A partir de la comparación de ambos artículos, se puede concluir que la edad, el sexo, las comorbilidades asociadas, antecedentes de intervenciones quirúrgicas abdominales están en relación con la obstrucción intestinal y con la cirugía abdominal urgente.

PALABRAS CLAVE: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, ADULTO MAYOR, CIRUGÍA ABDOMINAL URGENTE, COMPARACIÓN.

EDUCACIÓN ENFERMERA SOBRE EL USO ADECUADO DE LA VÍA INHALATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

LAURA MARIA GARCIA DEL PINO, ISMAEL PEREZ CABEZA DE VACA, NATALIA DÍAZ NASARRE

INTRODUCCIÓN: La EPOC es un trastorno que causa gran morbilidad y mortalidad. Hay diferentes terapias de tratamiento; tratamiento farmacológico, no farmacológico, intervención quirúrgica, y otras alternativas terapéuticas, como son la oxigenoterapia y el uso de inhaladores, en este último se va a centrar esta revisión bibliográfica. Los profesionales de enfermería debemos incidir en una mayor educación de los pacientes en las técnicas inhalatorias y en el uso del dispositivo, para que así los pacientes realicen el tratamiento de la forma adecuada.

OBJETIVOS: Analizar sobre el manejo adecuado de los distintos tipos de inhaladores en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

METODOLOGÍA: Para llevar a cabo esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos de literatura científica, entre las que destacamos Dialnet, Pubmed y el buscador de Google académico y estudios de universidades. Se revisaron artículos publicados entre los años 2003 y 2017, para obtener una idea precisa.

RESULTADOS: Se han descrito las ventajas y los inconvenientes de la vía inhalatoria. Los distintos tipos de sistema de inhalación existentes; inhaladores de cartucho presurizado convencional o activados por inspiración, cámaras de inhalación y los inhaladores de polvo seco. Finalmente la importancia de la educación por parte del profesional de enfermería a estos pacientes y los errores que se comenten comúnmente.

CONCLUSIÓN: La EPOC es una enfermedad crónica, compleja y altamente prevalente. Tiene reagudizaciones que pueden ser tratadas por el propio paciente a través de los inhaladores, para hacer un uso adecuado de estos, es fundamental el papel de enfermería. Es muy importante tener los conocimientos necesarios sobre la vía inhalatoria para que el tratamiento sea efectivo y así obtener los resultados esperados.

PALABRAS CLAVE: EPOC, ENFERMERA, CRONICA, INHALACION.

ÚLCERA POR DECÚBITO O DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

ELENA RUIZ GALLARDO, IGNACIO SALGUERO TEJADA, ELOISA CALDUCH CATROFE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 87 años, padece cáncer de pulmón con metástasis óseas e ingresa en la planta de Cuidados Paliativos por encontrarse en situación de claudicación familiar. Sufre lesiones cutáneas en zona suprapúbica, perigenital y sacra. La familia refiere que a pesar de realizarle cambios posturales varias veces al día y de que le pusieron un colchón antiescaras en casa, no ha mejorado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente está orientado y colaborador, se encuentra encamado porque sufre dolor generalizado, aunque conserva cierto grado de movilidad. Tiene buen apetito y se alimenta correctamente. Con respecto a la eliminación nos cuentan que sufre incontinencia urinaria y fecal y que en la mayoría de ocasiones, no avisa de que necesita que le cambien el pañal por vergüenza. Observamos una piel con numerosos eritemas y con pérdida de solución de continuidad por algunas zonas.

JUICIO CLÍNICO: Tras una correcta anamnesis llevada a cabo con el paciente y la familia llegamos a la conclusión de que sufre una dermatitis asociada a la incontinencia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Lo primordial en este caso es diferenciar si se trata de una úlcera por presión, ya que suele ser nuestra primera sospecha en este tipo de pacientes.

PLAN DE CUIDADOS: Realizamos escala de Braden y obtenemos una puntuación de 15, lo que indica un riesgo bajo de sufrir UPP. Informamos a la familia de la importancia de mantener la zona del pañal bien limpia y seca además de hidratarla con alguna crema protectora.

CONCLUSIONES: Es importante realizar una buena educación sanitaria a nuestros pacientes en AP, sobre todo cuando cuidan de un paciente que está encamado. Ya que este caso podría haber sido más leve o tal vez evitarse con el conocimiento de unas buenas pautas de higiene.

PALABRAS CLAVE: DERMATITIS, INCONTINENCIA, INMOVILIZADO, ÚLCERA.

PLAN ASISTENCIAL DEL ICTUS EN ESPAÑA

ALICIA RUZ MOLINA, MARÍA DEL ROCÍO MADRIGAL MESA, MARÍA MARTOS ENRIQUE

INTRODUCCIÓN: La enfermedad cerebro vascular es un problema que se agrava con el envejecimiento progresivo de la población, el 75% afecta a mayores de 65 años, es la primera causa de mortalidad en las mujeres y a nivel mundial ocupa el segundo puesto. Muchos de los supervivientes de un ictus quedan con algún tipo de discapacidad, por lo que se ha convertido en uno de los principales problemas socio-económicos de España.

OBJETIVOS: Conocer el actual Plan asistencial del Ictus en España.

METODOLOGÍA: La búsqueda ha sido a través del google académico cuya fórmula de búsqueda: plan asistencial AND ictus. Los criterios de exclusión han sido: acceso al texto completo del artículo, publicado en revistas de impacto y actuales, descartándose publicaciones de los últimos 10 años. Los idiomas han sido preferiblemente el español, portugués y el inglés. Descriptores: Ictus, Código Ictus, Accidente cerebro Vascular, nivel asistencial y hospital de referencia.

RESULTADOS: En las primeras 6h se debería de realizar una trombolisis intravenosa e iniciarse el Código Ictus. La trombolisis es más efectiva cuanto antes se inicie siendo 3 veces superior la recuperación si se administra antes de los 90 min. Hay que tener en cuenta además los diferentes niveles asistenciales (Hospital con EI, Hospital con UI y Hospital de Referencia de Ictus) y potenciar los Hospitales de Referencia.

CONCLUSIÓN: El ictus es una enfermedad compleja cuya atención temprana y una asistencia especializada se traduce en una mejora de la evolución de los pacientes y en un menor coste del proceso. Varios estudios a nivel nacional e internacional lo avalan. La atención temprana es crucial habría que mejorar por tanto el transporte urgente y el entrenamiento de la población en cuanto a signos y síntomas y el entrenamiento del propio personal para activar cuanto antes el Código Ictus.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, NIVEL ASISTENCIAL, HOSPITAL DE REFERENCIA, CÓDIGO ICTUS.

ACTUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON ALZHEIMER

ENCARNACION GARCIA REQUENA, MARIA DEL CARMEN GARCIA REQUENA, RAFAEL RODRÍGUEZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, que afecta a la capacidad intelectual y motora del enfermo. Los médicos describen la enfermedad como una demencia progresiva degenerativa irreversible. Alrededor del 1,00 % de las personas de 65 a 69 años padece demencia. La enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente. En España se calcula que existen unos 600.000 Pacientes con Alzheimer. La atención a pacientes con enfermedad de Alzheimer es un objetivo prioritario de los sistemas sanitarios.

OBJETIVOS: Conocer los distintos tipos de intervención profesional sobre el enfermo de Alzheimer, desde las áreas de neuropsicología, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajo social e investigación, y establecer las distintas terapias profesionales a aplicar.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica a partir de 2 resultados seleccionados tras la búsqueda realizada en las siguientes bases de datos: Elsevier Science Direct, IME, CiberIndex y Dialnet.

RESULTADOS: En la fase inicial el enfermo es consciente de su deterioro, en la fase leve-moderada se plantean problemas relacionados con el déficit cognitivo, y en menor grado con la conducta. En las fases avanzadas se añaden pérdidas de funcionalidad básica. Actuación de equipos interdisciplinares de atención al paciente de Alzheimer, formado por médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeros y auxiliares de clínica. Uso de terapias no farmacológicas dirigidas a disminuir el impacto del deterioro cognitivo y aliviar los problemas de conducta. Desarrollo de un modelo integral de actuación que contemple todas las áreas de intervención

CONCLUSIÓN: El Alzheimer es una de las principales pandemias del siglo XXI, que ocasiona el deterioro de la capacidad física y mental del enfermo, y lo conduce de forma progresiva a su dependencia total. Cada fase y avance de la enfermedad requiere del uso de distintas terapias y cuidados. Además de los cuidados y atención de familiares, se requiere la intervención de equipos profesionales interdisciplinares.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, DEGENERATIVA, PACIENTE, DEMENCIA.

CONCEPTO MUERTE ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS SANITARIOS

ANTONIO SANCHEZ LOPEZ, CELIA AZAHARA REINA PEÑA, ÁFRICA REINA PEÑA

INTRODUCCIÓN: El proceso de la muerte es un hecho social, porque se trata de un suceso vital estresante, que de manera inequívoca sucede en todos los ámbitos sociales. Pretendemos mostrar la atención sanitaria que se presta a la persona que muere en el hospital, y las dificultades con las que se encuentra el profesional de los centros sanitarios en el desempeño de estas prácticas.

OBJETIVOS: Analizar cómo es la atención al moribundo y cómo se expresa la acción social profesional.

METODOLOGÍA: A través de revisiones bibliográficas en diferentes bases de datos como fisterra y pubmed, se analizan estudios retrospectivos comprendidos entre el año 2010 – 2015 y como descriptivos transporte y traslados de pacientes politraumatizados graves.

RESULTADOS: Si habitualmente la visita médica es muy rápida en las unidades de hospitalización, cuando se trata de un paciente moribundo, este contacto se reduce a lo imprescindible. Suele ser el personal de enfermería el que atiende a este tipo de pacientes.

CONCLUSIÓN: Aquellos profesionales que a nivel personal la vida les ha puesto en esa situación de vivir la muerte en su círculo íntimo, atienden al moribundo desde el acercamiento y la comprensión empática.

PALABRAS CLAVE: MORIBUMDO, CENTROS SANITARIOS, PERSONAL SANITARIO, CUIDADOS.

CUIDADO, DEPENDENCIA Y RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CON ALZHEIMER

VIRGINIA DIAZ GARCIA, JAVIER MONTERO CARRERA, MARIA DOLORES CAMACHO LOZANO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer es una patología neurológica degenerativa, crónica, sin tratamiento curativo y que evoluciona hacia una invalidez total del paciente. Por lo que éste se hace cada vez más dependiente de sus cuidadores y requiere una mayor dedicación y especialización de los cuidados recibidos. Precisan de la atención de otra persona para el desarrollo de actividades de la vida diaria como el cuidado personal, las tareas domésticas o la movilidad.

OBJETIVOS: Determinar la situación funcional de los sujetos de estudio (Escala de Barthel). Identificar el riesgo de formación de úlceras por decúbito dentro de la población de estudio.

METODOLOGÍA: Se selecciona, de forma aleatoria, una muestra de 41 pacientes diagnosticados de Alzheimer para un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. La medición de las variables propuestas se realizará mediante auditoria de la historia de salud del sujeto y mediante visita en domicilio del paciente.

RESULTADOS: La escala de Barthel revela una mediana de 40 puntos (dependencia severa), alcanzando la dependencia total un 33,3%. Los pacientes son en su mayoría dependientes en diferentes grados presentándose una gran dispersión. En la escala de Norton, obtenemos una mediana de 13 (situación de riesgo para el desarrollo de úlceras por decúbito), con una puntuación de 11 como más frecuente.

CONCLUSIÓN: Encontramos un envejecimiento manifiesto, con una dependencia moderada-severa. La mayoría con alto riesgo de UPP y un porcentaje elevado de institucionalizados. Los cuidadores principales suelen ser los cónyuges además de un alto porcentaje de cuidadores formales.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, CUIDADO, DEPENDENCIA, ÚLCERA POR PRESIÓN.

CASO CLÍNICO EN PACIENTE CON HERNIA INGUINAL DERECHA

MARÍA ISABEL BENEDICTO MENA, TATIANA RAMÍREZ VALDERAS, ROCÍO BENÍTEZ ZARZUELA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 85 años de edad, que acude al servicio de Digestivo, derivado por Medicina Interna para valorar posible hernia inguinal derecha, de años de evolución, pero desde hace 2 días refiere dolor intenso en zona afectada. El paciente a su llegada se encuentra nervioso, pero cooperador, viene acompañada por cuidador de residencia de mayores, ya que esta institucionalizado en ella. Antecedentes personales: NAMC, HTA, Cardiopatía isquémica, insuficiencia mitral y prostatismo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada presenta hernia inguinal derecha no complicada, parcialmente reductible con posible intervención quirúrgica. El paciente se encuentra consciente, orientado y estable hemodinamicamente, buen aspecto de piel y mucosas. Refiere dolor a la palpación y al realizar mínimos esfuerzos, refiere tenerlo desde hace varios años, pero que desde hace dos días se ha intensificado el dolor. Ctes: TA: 140/80 mmHg, FC: 70 lpm, T°: 36.8 °C, SatO2: 97%.

JUICIO CLÍNICO: Hernia inguinal derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hernia inguinal derecha no complicada, parcialmente reductible. Se valoran riesgos y beneficios de la intervención en su caso y se decide intervenirlo. Esto conllevará unas pruebas de anestesia previas y la espera para la intervención, ya que no nos encontramos ante un caso urgente.

CONCLUSIONES: El paciente ha sido derivado desde Med. Interna para una valoración mas detallada por el digestivo, tras ser observado y valorado, se procederá a la intervención quirúrgica, puesto que estamos ante un caso con puede mejorar su calidad de vida tras ello. También se le ha informado que para evitar complicaciones como la reproducción de la hernia tras la operación, es importante no levantar objetos pesados, al menos, de tres a seis meses después. Además, es aconsejable llevar una alimentación que permita las deposiciones blandas.

PALABRAS CLAVE: HERNIA INGUINAL, INTRVENCION, INSTITUCIONALIZADO, DOLOR INTENSO.

ESTUDIO SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES Y MADRES DE PREMATUROS EN EL MÉTODO CANGURO

ISABEL CAÑERO DE LA ROSA, ANTONIO ALEXIS MENA GOMARIZ, LAURA FRANCO SANTOS

INTRODUCCIÓN: Se define método madre canguro (MMC) como el contacto piel con piel precoz, prolongado y continuo, mientras las circunstancias lo permitan, entre el recién nacido de bajo peso y su madre, que puede iniciarse en el hospital y continuar en el hogar tras el alta precoz, con lactancia materna como alimento exclusivo (en caso ideal), además cuenta con múltiples beneficios demostrados.

OBJETIVOS: Analizar la implicación de los padres y madres en el cuidado de sus hijos prematuros a través de la práctica del método canguro.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Los sujetos de estudio fueron los padres y madres cuyos hijos estaban ingresados en la Unidad de Neonatología del Hospital Materno-Infantil de Córdoba, que conocían el método canguro y cumplían los criterios de selección, conformando una muestra de 32 sujetos. Se utilizó una encuesta diseñada como instrumento de evaluación.

RESULTADOS: El 71.9% De la muestra practicaba el método canguro en el momento del estudio. El 87.5% De los padres les gustaría practicarlo más tiempo del que lo hacen si pudieran y el 75% estaría dispuesto a practicarlo las 24 horas del día en sustitución de la incubadora. El 93.8% De los sujetos lo continuarán practicando en casa y todos los padres y madres encuestados les gustaría participar más en los cuidados de sus hijos durante su ingreso en la UCI neonatal.

CONCLUSIÓN: La participación de los padres en el método canguro es bastante alta. La mayoría de los padres y madres con hijos ingresados en la unidad de neonatología desean implicarse más en el cuidado de sus hijos.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS NEONATALES, PREMATUROS, MMC, MÉTODO CANGURO, NEONATOLOGÍA.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN EL ANCIANO

MARIA DEL MAR PASCUAL SILES, ROCÍO PARRÓN RODRIGUEZ, MARÍA DEL MAR RUIZ GÓMEZ

INTRODUCCIÓN: La hemorragia digestiva baja es aquella cuyo origen está entre el ángulo de treitz y el ano, las incidencias aumentan en el anciano debido a las patologías digestivas propias del anciano como diverticulitis, isquemia, insuficiencia renal.

OBJETIVOS: Identificar los objetivos claves en el cuidado de enfermería en los paciente con dicha patología.

METODOLOGÍA: Realizaremos una revisión sistemática a través de bases de datos destacadas como Dialnet, cuiden, Cochrane para ello utilizaremos descriptores de ciencias de la salud hemorragias digestivas, ancianos como criterios de inclusión artículos en castellano relacionados con los objetivos marcados.

RESULTADOS: Tras la información consultada se destaca determinados objetivos que hay que tener en cuenta saber identificar que estamos ante una hemorragia digestiva y saber las causas del sangrado.

CONCLUSIÓN: La causa más frecuente en la hemorragia digestiva bajas en el anciano es la enfermedad diverticular seguida del cáncer colorrectal y la colitis isquémica la incidencia aumenta con la edad.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, HEMORRAGIA, CUIDADOS, SANGRADO.

EL ANCIANO FRÁGIL: LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL COMO HERRAMIENTA ESENCIAL PARA UN CORRECTO ABORDAJE

EVA MARIA VIDAL CASTILLO, ANTONIA MARIA ALVAREZ JORQUERA, JUAN CARLOS RUIZ VERDEJO, ANTONIO PRADOS RIOS, MARINA MARTÍNEZ SANCHEZ, REBECA CORBALAN LOPEZ, MARIA JOSE BALSALOBRE VILLA

INTRODUCCIÓN: Al aumentar la edad de esperanza de vida aumenta también el número de personas con pluripatología y comorbilidad que precisan una actuación eficaz y específica de los profesionales sanitarios que les atienden. En particular los denominados “ancianos frágiles” son un grupo de especial riesgo debido a la disminución de su capacidad fisiológica y al riesgo de sufrir complicaciones derivadas del riesgo debido a su vulnerabilidad, no sólo física sino también psicosocial que los colocan en una situación de dependencia. La VGI es una herramienta que consiste en la evaluación interdisciplinar (médica, enfermera...) Que permite la detección y cuantificación de problemas en el anciano de tipo médico, funcional, mental y social. El objetivo principal para un correcto abordaje del anciano frágil es su valoración inicial y posterior. Para ello se utilizarán instrumentos de valoración estandarizados. Todo ello llevado a cabo con los recursos disponibles.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de la valoración geriátrica.

METODOLOGÍA: He empleado la revisión sistemática en bases de datos como el buscador Google académico, Scielo, PubMed. Empleando descriptores como: anciano frágil, valoración psicosocial, enfermería, escalas, prevención, promoción.

RESULTADOS: La mayoría de estudios consultados coinciden en que la VGI es un instrumento indispensable como instrumento básico de valoración de fragilidad en las personas mayores que sirva para trazar un plan de actuación destinado a actuar sobre los factores de riesgo que pueden aumentar la incidencia de episodios adversos o influir en un mayor deterioro de la funcionalidad y dependencia.

CONCLUSIÓN: El empleo de la VGI mejorará la exactitud en el diagnóstico y así la funcionalidad y el estado cognitivo del paciente. Aumentará también el bienestar y estado emocional del paciente. Lo que se traducirá en una mejor utilización de los recursos reduciendo así costes sanitarios.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO FRÁGIL, VALORACIÓN PSICOSOCIAL, ENFERMERÍA, ESCALAS, PREVENCIÓN, PROMOCIÓN.

LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO: CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA

EVA MARIA VIDAL CASTILLO, ANTONIA MARIA ALVAREZ JORQUERA, JUAN CARLOS RUIZ VERDEJO, ANTONIO PRADOS RIOS, MARINA MARTÍNEZ SANCHEZ, REBECA CORBALAN LOPEZ

INTRODUCCIÓN: La VGI es la herramienta básica y fundamental que aporta la información necesaria para la priorización de problemas y elaboración de un plan de actuación en el anciano frágil y geriátrico. Deberá estar compuesta no sólo de la valoración clínica (anamnesis y exploración física) sino además se utilizarán escalas e índices de medida de la funcionalidad (AVD), área mental, afectiva y social. La valoración de Enfermería constituye una importante fuente de registro y transmisión de datos a otros profesionales y equipos de salud.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de que la enfermera realice una exhaustiva valoración global del anciano en el ámbito hospitalario. El fin es proporcionar planificar y proporcionar unos cuidados integrales y de calidad.

METODOLOGÍA: He empleado la revisión sistemática en bases de datos como Google académico, Scielo, PubMed. Empleando descriptores como: Anciano frágil, hospitalización, valoración geriátrica integral, escalas, declive funcional, enfermera.

RESULTADOS: Un tercio de los ancianos frágiles ingresados padecen al alta discapacidad en al menos una de las AVD. La pérdida funcional asociada a los ingresos hospitalarios se sigue sin medir de forma habitual como parámetro de calidad de la atención sanitaria. Lo que puede repercutir no sólo en su recuperación y posterior desarrollo en la comunidad sino en su supervivencia.

CONCLUSIÓN: Se concluye que la utilización VGI es indispensable por los beneficios que conlleva: Mejora el nivel asistencial. Permite el adecuado tratamiento médico y su monitorización. Reduce la estancia hospitalaria media, que se traduce en un ahorro en costes sanitarios. Reducción significativa de la mortalidad a un año vista. El paciente mejorará su percepción de salud y funcionalidad. De otro modo se podría estar incurriendo en un perjuicio para el paciente.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO FRÁGIL, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL, ESCALAS, DECLIVE FUNCIONAL, ENFERMERA.

CUIDADOS ENFERMEROS EN ENFERMEDADES TERMINALES EN PERSONAS MAYORES

JUAN ANTONIO SOLÍS MONTERO, IVAN TAMARGO PLAZA, RAFAELA SOLÍS MONTERO

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedad avanzada que requieren cuidados paliativos muestran frecuentemente delirium, a veces asociado al empeoramiento del pronóstico, o relacionado con factores multifactoriales asociados a la enfermedad terminal. En ocasiones esta complicación no es diagnosticada como tal, y por lo tanto no es tratada de forma adecuada. Se propone así evaluar la evidencia existente actualmente con respecto al delirium sufrido en pacientes terminales que precisan cuidados paliativos, así como la necesidad de establecer un plan terapéutico actualizado.

OBJETIVOS: Valorar el diagnóstico y plan terapéutico del delirium en pacientes que precisan cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos, Pubmed, Scielo, y CUIDEN. Como descriptores de búsqueda se han utilizado las palabras clave: palliative care y delirium. Los criterios de inclusión han sido personas adultas con enfermedad terminal que precisa cuidados paliativos, y manifiesta delirium. Criterios de exclusión no padecer una enfermedad en situación final de la vida, no pertenecer a la población adulta. En la búsqueda con los descriptores expuestos se han obtenido 226 artículos en total, de los cuales, hemos seleccionado 7 artículos.

RESULTADOS: Los factores de riesgo que se han asociado a este padecimiento son: edad avanzada, demencia, y agravamiento de la enfermedad. Los síntomas suelen presentarse en un periodo corto de tiempo con fluctuaciones a lo largo del día, siendo más frecuentes por la tarde-noche. Las principales manifestaciones son: pensamiento desorganizado, alteración de la conciencia, dificultad para mantener la atención, trastorno de las funciones cognitivas, alteraciones sensorio-perceptivas, trastornos de la conducta, alteración del ciclo del sueño, aumento del dolor. La existencia de delirium frecuentemente se asocia a un empeoramiento del pronóstico de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: Se pone en evidencia la necesidad de una valoración adecuada, así como la prevención, el diagnóstico precoz, y un plan terapéutico eficaz.

PALABRAS CLAVE: PALIATIVOS, CUIDADOS, ENFERMERÍA, DELÍRIUM.

CASO CLÍNICO: RELACIÓN DIRECTA ENTRE LA INMOVILIDAD Y EL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

ROSARIO RODRIGUEZ MARTINEZ, MARIA PROVIDENCIA CERON GARCIA, LIDIA FENOLL GIL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 79 años que ingresa procedente de su domicilio, por malestar general y fiebre intermitente de 10 días de evolución. No HTA, ni DLP, ni alergias medicamentosas. Diabetes Mellitus tipo I. No hábitos tóxicos conocidos. Con antecedentes cardíacos, sufrió un scacest hace 9 años, con stent en coronaria. Sin antecedentes neumológicos. Intervenida de coledolitiasis en 1.999. ITU de repetición controladas con presenta su médico de AP. La paciente presenta UPP en trocánter izquierdo, ambos maleolos y zona sacra.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientada durante la valoración de enfermería según los patrones de Marjory Gordon. Presenta úlcera en zona sacra, profunda y cavitada con secreción purulenta en estadio IV. Piel hidratada y normocoloración de piel y mucosas. Se cultiva el lecho de la herida dando positivo en Enterococcus Faecalis sensible a Ciprofloxacino y Vancomicina, por lo que se inicia tratamiento antibiótico durante 10 días.

JUICIO CLÍNICO: El diagnóstico se hizo mediante el cultivo de la úlcera. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Deterioro de la integridad tisular relacionado con inmovilidad física, fricción y humedad y manifestado con destrucción de las capas de piel y músculo. Síndrome febril de origen cutáneo por UPP infectada.

PLAN DE CUIDADOS: Se da información a familiares sobre: -Programación de cambios posturales en domicilio para evitar zonas de presión-fricción. -Importancia de buena hidratación del paciente tanto de piel como sistémica. -Importancia de la dieta rica en proteínas.

CONCLUSIONES: Después de 30 días de hospitalización, con tratamiento antibiótico, hiperprotéico y antipirético, además de las curas de la úlcera realizadas con lavado fisiológico y clorhexidina al 1% con jeringa con mínima presión. En la presencia de tejido fibroso aplicabamos Bactroban pomada, y para los esfacelos Aquacel plata. La paciente evoluciona favorablemente y se le da de alta, derivándola a su enfermera de AP para la continuidad de los cuidados, aportando el informe de continuidad de cuidados de enfermería.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA, INTEGRIDAD CUTANEA, INMOVILIDAD, CULTIVO EXUDADO.

ACIDOSIS LÁCTICA POR METFORMINA EN PACIENTE DIABÉTICA

MARÍA DEL MAR MOLINA MORALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 77 años, diabética tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. Acude a urgencias por dolor el pie izquierdo tras tropiezo accidental. La radiografía del pie es normal, por lo que es alta con tratamiento con AINEs. A las 72 horas, acude de nuevo por disminución del nivel de conciencia, diarrea, náuseas y vómitos. A su llegada se encuentra hipotensa, TA 87/43 mmHg y con bajo nivel de conciencia (GCS 12). Ingresó en UCI en shock distributivo que precisó intubación orotraqueal, resucitación con volumen y aminos y bicarbonato en perfusión en las primeras horas. Dada la situación de anuria y fracaso renal, junto con la acidosis láctica por metformina, se decidió terapia con HDFVVC, que se retiró tras 36 horas. La paciente se recuperó progresivamente, retirando el soporte vasoactivo, respiratorio, siendo dada de alta a los 5 días de ingreso en UCI.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: GCS 12 puntos (ojos 3, respuesta verbal 4, respuesta motora 5) TA 82/51 mmHg. Analítica al ingreso: Cr 8,28 mg/dL, urea 220 mg/dl, potasio 8,2 mEq/L, pH 7,15, pCO₂ 31 mmHg, HCO₃ 10 mEq/L, lactato 9,8 mg/dl.

JUICIO CLÍNICO: Acidosis láctica por Metformina. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Insuficiencia renal prerrenal. Sepsis.

PLAN DE CUIDADOS: Asegurar una buena hidratación. Monitorización de la función renal.

CONCLUSIONES: La acidosis láctica por Metformina es poco frecuente (8 casos 100.000 Pacientes tratados/año) pero con elevada mortalidad (30%). La Metformina como tratamiento de la diabetes tipo 2 en pacientes ancianos, hace que tengamos que tener en cuenta este cuadro en pacientes con fracaso renal agudo secundario a la ingesta de AINEs. La mayoría de los casos de acidosis láctica asociada a Metformina se producen en pacientes en los que se han pasado por alto cualquier factor de riesgo de hipoxia tisular o por cuadro agudo de insuficiencia renal, que conlleva el acumulo de metformina en el organismo.

PALABRAS CLAVE: DIABETES, METFORMINA, ACIDOSIS LÁCTICA, ANCIANO.

