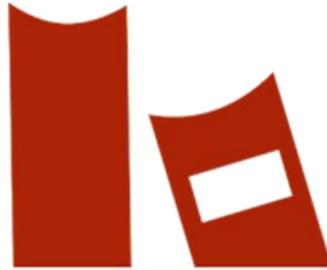


ACTAS DEL



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



VOLUMEN III

Comps.

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

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

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

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

© 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 III”, 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: 978-84-697-9976-5

Depósito Legal: AL 382-2018

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.

CAÍDAS

EVITAR CAÍDAS DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS	6
ANA MARIA RUIZ GUERRERO, MARIA DOLORES ESTRADA JIMENEZ, MARIA LUISA IGLESIAS CABRERA	
FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL ANCIANO VISTAS POR ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO	7
MIGUEL VILCHEZ ALONSO, MARÍA DOLORES CAZALLA CADENAS, MARÍA TERESA TORRES PRADOS	
CAÍDA EN PACIENTE CON MOVILIDAD REDUCIDA	8
CRISTINA SANABRIA LOZANO, ELENA PACHECO CABALLERO, ANA MARÍA GONZÁLEZ PEREZ	
PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO	9
MARIA LUISA GONZALEZ DELGADO	
CONTUSIÓN COSTAL TRAS CAÍDA EN EL ANCIANO	10
NORA ROJAS HERNANDEZ, CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ MONTERO, SANDRA GARCIA MALDONADO	
DOLOR CERVICAL Y DE MUÑECA POR CAÍDA: A PROPÓSITO DE UN CASO	11
SONIA CEBALLOS-ZUÑIGA ARJONA, JOSE MANUEL ORIHUELA FLOR, MARIA DEL CARMEN TORREJON RODRIGUEZ	
PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MENDEZ.....	12
TEODORA MUÑOZ FERNANDEZ, GUADALUPE VICEIRA PICOSI, PATRICIA ELENA VICEIRA PICOSI, JOSE LUIS MAESTRO HUESA, JUAN VIGUERAS FERNANDEZ, CRISTINA EGEA PÉREZ, MARIA DE LOS ÁNGELES VIGUERAS FERNANDEZ, LAURA NAVARRO MARTINEZ, ROCIO CEGARRA LOPEZ, RAFAEL PEREZ LEON	
PACIENTE ADULTA CON DETERIORO DE LA MOVILIDAD	13
LORENA ESPEJO GARCÍA, ANA LOPEZ RODRIGUEZ, MARIA JOSÉ CABRERA CABALLERO	
ANÁLISIS SOBRE LAS CAÍDAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS.....	14
VERONICA PEREZ BARBA, JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ, CRISTÓBAL RAMOS POSTIGO	
PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL CELADOR EN UN CENTRO HOSPITALARIO	15
JUAN FRANCISCO BAREA SEGADO, FANNY ROMAN ANGEL, ANA ISABEL GARCÍA JIMÉNEZ	

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	16
FRANCISCO JAVIER BAUTISTA MEDINA, JESSICA ANGULO MARTINEZ, DAVID ARRUFAT GONZALEZ	
ANÁLISIS DE RIESGO DE CAÍDAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.....	17
INMACULADA ORIHUELA GONZÁLEZ, ANDRÉS JESÚS CORRAL GARCÍA	
EFFECTIVIDAD DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS: TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	18
GEMA HORNOS ANGUITA, SERGIO RODRIGUEZ BONACHERA, MARIA BLANCA POLO ANDRES, PETRA DOMENECH ACOSTA	
CONOCIMIENTO DE LA EPISTAXIS Y RESULTADOS	19
LAURA CARMONA MORALES, BEATRIZ ABELEDO LOPEZ, MERCEDES CAÑETE CASTILLO	
FOCALIDAD NEUROLÓGICA SIN ESPECIFICAR EN PACIENTE GERIÁTRICO.....	20
NURIA MORAL ALGABA, CONCEPCIÓN GONZALEZ ORUS, ANNA VÉLEZ MASSANA, PALOMA AGUILERA VARO, ROSARIO MEDINA PERALTA, MATILDE GÓMEZ GOMEZ	
PACIENTE PEDIÁTRICO QUE PRESENTA TRAUMATISMO FACIAL ORBITAL	21
MARGARITA OSTOS ALARCON, ANA MARIA MORALES CARMONA, ANA MARIA CARDENAS JAEN	
PROTOCOLO EN LA SUJECCIÓN TERAPÉUTICA EN LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ DEL PACIENTE.....	22
DALILA GALVAN SUAREZ, VANESSA DIAZ ALVIRA, ANA MARIA MORENO DOMINGUEZ, MARIA TRINIDAD BENITEZ TOMAS	
EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL RIESGO DE CAÍDAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.....	23
MARÍA TERESA RUIZ LÓPEZ, LAURA MORA MARTINEZ, VERÓNICA SÁNCHEZ DEL ÁRBOL	
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO CON PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO	24
ANTONIA MORENO MARTINEZ, ANA VANESSA CARRASCO FERNÁNDEZ, FRANCISCA GARCÍA RODRÍGUEZ	
ACTIVIDAD FÍSICA COMO PREVENCIÓN ANTE LAS CAÍDAS DE LAS PERSONAS MAYORES	25
VERONICA ARMENTEROS ALBA, BEATRIZ NAVASAL MARTÍN, VICTORIA ORIHUELA COBO	
PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE CAÍDAS	26

NOEMI LOPEZ RUIZ, PATROCINIO LOPEZ RUIZ

ESTUDIO DE LAS CAÍDAS Y SUS CONSECUENCIAS FÍSICAS27

TOMAS ILLESCAS HURTADO, EMMA RODRIGUEZ JIMENEZ

A PROPÓSITO DE UN CASO: CUIDADOS EN LA FRACTURA DEL 5º METACARPO 28

ALEJANDRO JOSE GOMEZ VILCHEZ, ALBA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, ANA BELÉN
MONTES PUERTAS

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS29

LAURA FERRAN MORAGUES, SANDRA MUÑOZ HIDALGO, MARTA CASTAÑO
LORITE

HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO CON FRACTURA DE FÉMUR.....30

LYDIA LOZANO PALACIOS, JUAN MANUEL MONTES PALOMARES, ANA YAÑEZ
RUIBAL, MARIA JOSE MARTIN DOMINGUEZ, JOHN JAIRO FAJARDO DURANGO,
CECILIA MALDONADO ACOSTA, RUBÉN HERNÁNDEZ LÓPEZ, ARIANNE MENDEZ
BRAVO

CUIDADOS DEL PACIENTE: SEGURIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO31

RAQUEL SANDRA RODRIGUEZ RIVAS, SILVIA VELASCO SANCHEZ, ALBERTO
MARTINEZ RUIZ

**PREVALENCIA DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON RIESGO DE CAÍDAS Y
PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS32**

MARIA NIEVES GARCIA GARCIA, SONIA ORTIZ FUENTES, MARIA DEL MAR
JORQUERA DIAZ

PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES33

DAVID SOTO IZQUIERDO, MARIA INMACULADA MORALES DIAZ, JOSEFA DURAN
GARCIA

CAMBIOS EN EL CICLO VITAL EN PACIENTE GERIÁTRICO34

JOSE LOPEZ PRADOS, EMILIO MANUEL RUIZ DIAZ, CAROLINA CONTRERAS
RIVAS

LAS CAÍDAS EN EL ÁMBITO SANITARIO35

ALBA ILLESCAS GARCIA, SANDRA PUEYO RAMOS, AIDA RAMOS SÁNCHEZ,
MARIONA SANGENÍS FRANCO, KAREM SAIRE MEDRANO, PAOLA DEL ROCÍO
SAIRE MEDRANO

**FACTORES DE RIESGO Y DISMINUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD DE LAS
CAÍDAS EN ANCIANOS.....36**

ALBA MARÍA TEJERO VELÁZQUEZ, SILVIA MUÑOZ MARTÍNEZ, MARIA DEL
VALLE MARTÍN PEREZ

FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTCAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR.....	37
LETICIA RODRIGUEZ MORAL, MARTA SOUZA FERNÁNDEZ, PATRICIA MÉNDEZ PÉREZ	
CASO DE VARÓN DE 82 AÑOS CON TRASTORNO CRANEOENCEFÁLICO.....	38
MARIA LUISA ROMAN GARCIA, MARÍA JOSÉ ASUNCIÓN SAN VICENTE, INMACULADA HERNÁNDEZ BELMONTE, ELIZABETH RIOS MOLINA, JESUS ASUNCION SAN VICENTE, ANA BELÉN VALERO MERLOS	
HERIDA EN EL SEGUNDO DEDO DE LA MANO DERECHA TRAS SUFRIR UNA CAÍDA.....	39
MARÍA DEL CARMEN VALLE CRUZ, GLORIA MARÍA RAMOS VENEGAS, JUANA MARIA GUERRERO ROJAS	
PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN LA TERCERA EDAD.....	40
MARIA DEL CARMEN GARRIDO ORTEGA, MARIA ANTONIA QUEVEDO.ROMERA, ANA GÀMEZ LÒPEZ	
FRACTURA DE CADERA EN ANCIANO POR CAIDA	41
GLORIA LOPEZ-COZAR GAMIZ, JOSE ANTONIO LÓPEZ-CÓZAR GÁMIZ, CRISTINA MATEOS GARCIA	
PREVALENCIA DE CAÍDAS DEL MISMO NIVEL EN TRABAJADORES NO SANITARIOS	42
HICHAM EL FEJRI SYMMADE, SARA SALOR BÚRDALO, AMIDDA KAJJAL SAHLI	
IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON RIESGOS DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS	43
ELISA BOLÍVAR GILPÉREZ, PEDRO MANUEL ILLANES GARCIA, VERÓNICA GALINDO CANTILLO	
ERGONOMÍA FUNCIONAL EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y EN EL HOGAR PARA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS	44
KIMBERLY RAMON COSTA, JOAN SANCHO POLO, PALOMA ALMAGRO GARCIA, ESTELA MARÍA PARDOS GASCON, ELSA NAVARRO ROMAN, LAURA SÁNCHEZ MOÑINO, VANESA ESCUDERO CAMPILLO, ISRAEL HUERTAS PATON	
LA IMPORTANCIA DEL CELADOR ANTE EL RIESGO DE CAÍDAS	45
YOLANDA MARTINEZ ESTEBAN	
CAUSAS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO	46
LUCÍA RODRÍGUEZ GARCÍA, GLORIA PICHARDO SOLVES, MARIA CRISTINA PICHARDO FERNANDEZ	

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	47
ISMAEL LÓPEZ BARBA, MARIA DOLORES RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ SÁNCHEZ GUIRADO	
REVISIÓN NO SISTEMÁTICA SOBRE EL ANCIANO FRÁGIL Y CAÍDAS	48
MARIA RUIZ DIAZ, ANTONIO PRIETO MOLINA, ANA ISABEL NUÑO REDONDO	
RIESGOS DE CAÍDAS EN EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS.....	49
JUAN PEREZ FUENTES, LORENA SANCHEZ FUENTES, CLEMENTE GARCIA PARRA	
INESTABILIDAD POSTRAUMÁTICA: DESPISTAJE DE LESIONES EN COLUMNA VERTEBRAL CON COMPROMISO MOTOR	50
LUCIA RISUEÑO BONILLA, FERNANDA CHACÓN RECHE, MARIA DEL CARMEN LLORIS MORALEJA	
CAÍDA EN PACIENTE MUJER DE 82 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO	51
IGNACIO INIESTA-PINO ALCÁZAR, ELENA DEL CARMEN MARTÍNEZ CÁNOVAS, EMMA MUÑOZ PÉREZ	
ENFERMERÍA COMO EDUCADORA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS.....	52
ANGELA ARRIAZA MONREAL, ERIKA SANCHO PEREZ, LAURA FONTANILLA COBANO	
EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: ESCALA TINETTI VERSUS TIME UP AND GO	53
FRANCISCA FERNANDEZ HERREROS, ELISA MORENO MOLERO, BEATRIZ LABRADO SUÁREZ	
TRAUMATISMO ABDOMINAL EN UN VARÓN JOVEN	54
SUSANA HIDALGO FERNÁNDEZ, BEATRIZ LÓPEZ MOLINA, VÍCTOR JOSÉ DÍAZ PÉREZ	
POSIBLES COMPLICACIONES DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.....	55
MARIA DEL MAR PALANCA CRUZ, BEATRIZ HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, RAQUEL RAMON GARCIA	
PILATES TERAPÉUTICO EN PERSONAS MAYORES DE 70 AÑOS CON RIESGO DE INMOVILISMO: SÍNDROME GERIÁTRICO.....	56
MARAVILLAS RUIZ DE MAYA, ANA MARIA FERNANDEZ JIMENEZ, MARÍA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ALARCÓN, MARIA CARMEN MARTINEZ MARTINEZ	

EVITAR CAÍDAS DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

ANA MARIA RUIZ GUERRERO, MARIA DOLORES ESTRADA JIMENEZ, MARIA LUISA IGLESIAS CABRERA

INTRODUCCIÓN: Según OMS, la caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Según algunos autores, la prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería dirigidos a mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y de su entorno, mientras esté en el hospital. Las características de los pacientes que se incluyen en hemodiálisis (HD) han cambiado en los últimos años, habiendo aumentado la edad y la comorbilidad, lo que conlleva implicaciones, no sólo en lo referente a morbimortalidad, sino también a otros sobre aspectos funcionales, dada la necesidad de ayuda que requieren estos pacientes. Según la clasificación NANDA, los riesgos de caída son: historia de caídas, uso de silla de ruedas, edad igual o superior a 65 años, mujer (si es anciana), vivir solo, portador de prótesis en las extremidades inferiores y uso de dispositivos de ayuda (andador, bastón,...), riesgos que el paciente en hemodilalís, ve aumentados debido a una serie de alteraciones en el metabolismo óseo-mineral propios de la IRC.

OBJETIVOS: Determinar la incidencia de las caídas en la Unidad de Hemodiálisis y analizar sus causas para elaborar una propuesta de actuación preventiva de enfermería y educación sanitaria al paciente y a su familia.

METODOLOGÍA: Está basado en la evidencia científica y se ha tenido en cuenta las recomendaciones de la OMS y además se han consultado otras publicaciones como: Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Madrid: C. I. E. ; 1969, North American Nursing Diagnosis Association. NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Ediciones Harcourt, S. A. Editorial Edide, S. L; 2002, Functional dependency evaluation of hemodialysis patients. A multicentric study.

RESULTADOS: Debido a la causa multifactorial de las caídas (relacionadas con el paciente y con el entorno), es fundamental la valoración previa del nivel de dependencia del paciente, así como la educación sanitaria de éste.

CONCLUSIÓN: Las caídas de los pacientes en hemodiálisis tienen una incidencia alta. Estas caídas están relacionadas con la edad, ser mujer, tiempo en diálisis, tener mayor grado de dependencia o realizar menor actividad física; y se producen mayoritariamente en el domicilio del paciente el día de descanso de diálisis. Debido a la importancia de las consecuencias de estas caídas tanto desde el punto de vista sanitario, como de coste económico, es fundamental su prevención.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, DIÁLISIS, DEPENDENCIA FUNCIONAL, CAÍDA.

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL ANCIANO VISTAS POR ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO

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

INTRODUCCIÓN: Las caídas suponen un factor de fragilidad en la población anciana, ya que supone una amenaza continua de pérdida de su independencia y autonomía que lleva a un mayor grado de institucionalización y a un elevado coste económico, lo que hace que éste sea un problema de salud pública de primera magnitud.

OBJETIVOS: El objetivo sería el de Identificar pautas para concienciar a la población de los factores de riesgo responsable de las caídas del anciano y contrastar que patologías y qué fármacos son las causantes del aumento de dichas caídas.

METODOLOGÍA: En la metodología diremos que ha sido una revisión sistemática de publicaciones científicas, consultadas el día 15/07/2017 en las bases de datos de Dialnet y Scielo, bajo los descriptores “factores”, “incidencia”, “caída” y “anciano”, se encontraron 225 referencias, de los cuales se seleccionaron 3. Los criterios de inclusión fueron: 1) Estudios que analicen los factores de caída en el anciano; 2) Idioma Castellano; 3) Fechados entre el año 2009 y 2017).

RESULTADOS: Los resultados muestran que un 90% de las caídas se deben a factores intrínsecos y sólo un 10% se les atribuye a los factores extrínsecos. Los factores intrínsecos más frecuentes son la alteración del equilibrio y marcha, la presencia de comorbilidades, la edad mayor de 80 años y con predominio el sexo femenino. En relación a los factores extrínsecos se asoció al riesgo de caer; al domicilio, el baño, a los pisos resbaladizos, iluminación y calzado.

CONCLUSIÓN: Por ultimo llegamos a la conclusión de que las caídas tienen una alta prevalencia en los ancianos, es vital sensibilizar a los pacientes, como a sus familiares, de la vulnerabilidad que confiere la edad avanzada para sufrir una caída, al igual que concienciar de los factores que las propician, con el fin de prevenirlas.

PALABRAS CLAVE: CAIDAS, ANCIANO, FRACTURAS, ENFERMERÍA, INCIDENCIA.

CAÍDA EN PACIENTE CON MOVILIDAD REDUCIDA

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 79 años que vive sola, viuda desde hace un año y con ingreso previo de hace tres meses por Neumonía. HTA, no DM , no RAM Es atendida por el Servicio de Urgencias en su domicilio por haber sufrido una caída accidental. Se la encuentran en el suelo desorientada , no recuerda que le ha pasado. Se traslada al servicio de urgencias para pruebas diagnósticas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración presenta contusiones y dolor en codo y cadera derecha. Buen aspecto general TA: 130/70 mmHg , FC: 71 lpm y afebril. Para descartar posible fracturas se le realizan radiografías de ambos miembros y de tórax, además de una analítica completa con prueba cruzadas. En la radiografía de cadera se aprecia fractura a nivel de la cabeza del fémur. Se procede al ingreso de la paciente en la Unidad de Traumatología, a la espera de la intervención.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de cabeza de fémur derecho. Contusión en codo derecho, con pérdida de la continuidad de la piel. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura de Acetábulo. Fractura de trocanter mayor.

PLAN DE CUIDADOS: Proporcionar dispositivos de ayuda. Disponer de un asiento de baño y sillas elevado. Utilizar barandillas laterales de seguridad, si es necesario. Informar al paciente y a la familia a cerca de la fecha, hora y lugar programado para la cirugía. Instruir al paciente sobre signos y síntomas de alarma y las actuaciones a seguir ante ellos.

CONCLUSIONES: Debido al temprano diagnóstico de la fractura y su resolución, evitaremos posibles complicaciones como UPP, deterioro de la movilización y estado cognitivo. El paciente permanecerá ingresado hasta que recupere la movilidad de la articulación con sesiones de rehabilitación y recupere un buen estado general, dentro de sus circunstancias.

PALABRAS CLAVE: CAÍDA, PREVENCIÓN, ANCIANO, BARRERAS ARQUITECTÓNICAS.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

MARIA LUISA GONZALEZ DELGADO

INTRODUCCIÓN: Es de vital importancia vigilar al paciente y prevenir futuras caídas que puedan derivar en estancias más largas hospitalarias y patologías más severas. Conocer los riesgos e identificar los factores para evitar accidentes intrahospitalarios se ha convertido en una prioridad en hospitales y centros sanitarios

OBJETIVOS: Identificar las causas que provocan los accidentes más comunes en los hospitales a través de un análisis del registro de caídas que se lleva a cabo en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Punta Europa y que se realiza cada vez que un paciente sufre una caída.

METODOLOGÍA: Iniciamos un estudio descriptivo trasversal entre los pacientes ingresados durante los meses de Mayo a Octubre de 2017, en la unidad de Cuidados Intermedios. Obtenemos nuestros datos aislando los registros que hemos obtenido en nuestro servicio cuando ha ocurrido alguna caída de paciente en esas fechas. Analizamos el número de caídas y sus causas.

RESULTADOS: Alcanzamos nuestro objetivo y obtenemos el porcentaje de caídas, el cual se debe mayoritariamente a la medicación que toma el paciente alterando el sentido de la realidad provocando confusión y desorientación, otro factor relacionado con la edad del paciente y por hipotensión ortostática.

CONCLUSIÓN: Controlar y evaluar a pacientes de edad avanzada con problemas de desorientación. Educar al paciente y explicarles que el medicamento que pueda tomar le pueda provocar mareos o inestabilidad y que avise al personal sanitario si desea levantarse. Educación sanitaria a la familia y al paciente sobre como le puede afectar la hospitalización y los cambios de rutina. Revisar diariamente los aparatajes y mobiliario que se encuentre en las habitaciones para evitar que los pacientes pudiesen tropezar con ellos, indicarles dónde se encuentra el timbre y la luz para que enciendan antes de incorporarse a la cama.

PALABRAS CLAVE: HOSPITAL, RIESGOS, PATOLOGÍAS, CAÍDAS.

CONTUSIÓN COSTAL TRAS CAÍDA EN EL ANCIANO

NORA ROJAS HERNANDEZ, CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ MONTERO, SANDRA GARCIA MALDONADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 85 años que sufre una caída accidental en la madrugada al levantarse para ir al baño, recibiendo un golpe en la espalda con un escalón. En la mañana el paciente, ingresado en una residencia, refiere a la enfermera dolor intenso en la espalda, a nivel costal. No refiere TCE ni pérdida de conciencia. El dolor se incrementa con la respiración profunda y tos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Dolor a nivel del diámetro costal y columna dorsal irradiado en forma de cinturón, dolor a la percusión de apófisis espinosas a nivel dorsal, no equimosis, no deformidad, auscultación normal, no crepitantes a la palpación. Saturación de oxígeno del 96% basal, FC 79 rpm. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Radiografía de tórax sin hallazgos significativos, EKG normal.

JUICIO CLÍNICO: Contusión costal y dorsal tras caída desde bipedestación. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** FRACTURA COSTAL.

CONCLUSIONES: Tras ser derivado al servicio de urgencias para valoración y estudio radiológico, se pauta analgesia y antiinflamatorio oral, aplicación de calor local en la zona cada 6 horas y reposo para pronta recuperación.

PALABRAS CLAVE: CAÍDA, CONTUSIÓN, ANCIANO, DORSAL.

DOLOR CERVICAL Y DE MUÑECA POR CAÍDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

SONIA CEBALLOS-ZUÑIGA ARJONA, JOSE MANUEL ORIHUELA FLOR, MARIA DEL CARMEN TORREJON RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 64 años que acude a urgencias tras caída por unas escaleras golpeándose contra una pared con traumatismo indirecto en el cuello siendo encontrado por un vecino que oyó la caída. A su llegada presenta intenso dolor cervical e impotencia cervical con deformidad en muñeca izquierda. No pérdida de conciencia. En un primer momento se inmoviliza con collarín rígido y se reduce la fractura de muñeca colocando yeso antebraquiopalmar. Antecedentes personales: No RAM. No DM, No HTA, No DLP, Esteatosis hepática severa, Fractura de escafoides izquierda, Colelitiasis, Psoriasis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado y poco colaborador. A la exploración presenta capacidad para lateralización y rotación cervical aunque con limitación por dolor. Sin focalidad neurológica distal. Se realiza Tac sin contraste de cráneo y columna cervical en el que se observan infartos lacunares en ganglios basales de forma bilateral y en corona radiada izquierda. Signos de atrofia cerebral. No se aprecian líneas de fractura ni signos de sangrado a nivel intra o extraaxial. No se pueden visualizar últimas imágenes de las cervicales en radiografías. Rx de muñeca: Fractura EDR izquierda.

JUICIO CLÍNICO: Politraumatismo. Fractura EDR izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Contusión cervical. Hemorragia cerebral. Esguince de muñeca.

CONCLUSIONES: Tras una caída accidental con pérdida de conciencia además de las radiografías correspondientes tras una completa exploración, se debe realizar un Tac craneal para valorar los daños que se hayan podido ocasionar. En nuestro caso se ingresó al paciente para seguimiento y observación y tras unos días se repitió el TAC para nueva valoración. La fractura de muñeca fue resuelta quirúrgicamente y el paciente fue dado de alta sin incidencias destacables.

PALABRAS CLAVE: TRAUMATISMO CERVICAL, FRACTURA DE MUÑECA, POLITRAUMATIZADO, CIRUGÍA DE LA MUÑECA.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MENDEZ

TEODORA MUÑOZ FERNANDEZ, GUADALUPE VICEIRA PICOSI, PATRICIA ELENA VICEIRA PICOSI, JOSE LUIS MAESTRO HUESA, JUAN VIGUERAS FERNANDEZ, CRISTINA EGEA PÉREZ, MARIA DE LOS ÁNGELES VIGUERAS FERNANDEZ, LAURA NAVARRO MARTINEZ, ROCIO CEGARRA LOPEZ, RAFAEL PEREZ LEON

INTRODUCCIÓN: Las caídas son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y caer. Las lesiones relacionadas con caídas pueden ser mortales, la mayoría de ellas no lo son. Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).

OBJETIVOS: Analizar el protocolo de Prevención de caídas en el año 2017. Estandarizar el empleo de las medidas de contención y de prevención de caídas, en todas las unidades del hospital.

METODOLOGÍA: Análisis bibliográfico y diseño de un protocolo para el personal sanitario y no sanitario, la población susceptible de padecer una caída y a los pacientes hospitalizados. A los que tras la valoración del riesgo de caídas sufren un riesgo potencial de sufrir dicha caída.

RESULTADOS: La aplicación de este protocolo permite detectar factores de riesgo e intervenir en ellos mediante un abordaje multifactorial e intersectorial.

CONCLUSIÓN: Las estrategias de prevención de las caídas deben ser integrales y polifacéticas; dar prioridad a la investigación y a las iniciativas de salud pública para definir mejor la carga, explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces; apoyar políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo; fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas; impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos, y promover la educación individual y comunitaria para aumentar la concienciación.

PALABRAS CLAVE: PROTOCOLO, RIESGO, PREVENCIÓN, CAÍDAS.

PACIENTE ADULTA CON DETERIORO DE LA MOVILIDAD

LORENA ESPEJO GARCÍA, ANA LOPEZ RODRIGUEZ, MARIA JOSÉ CABRERA CABALLERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: La paciente, mujer de 57 que ingresa para ser intervenida quirúrgicamente para colocación de prótesis de rodilla (artroplastia de rodilla) en pierna derecha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente no presenta AMC, ni HTA ni DM, no toma ningún tipo de tratamiento al ingreso. Mide 1.68Cm y pesa 57 Kg, tiene un IMC de 20.2 (Normopeso). Tras la valoración según los 11 patrones funcionales de Gordon, sacamos como diagnóstico enfermero principal, (00155) Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física m/p dolor al andar.

JUICIO CLÍNICO: Las alteraciones que sufre esta paciente se debe mayoritariamente a un deterioro de la movilidad física debido a la intervención sufrida. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** A consecuencia tenemos que fomentar el ejercicio y realizar terapias de deambulación, además de fomentar un cambio en el hábito de conducta del paciente para así, llegar a una mejoría de la movilidad.

CONCLUSIONES: Los resultados del plan de cuidados han sido satisfactorios, sobretodo el relacionado con el deterioro de la movilidad. Con el paso de los días la paciente experimento una mejoría en su problema de estreñimiento, gracias a que ha empezado a andar. Además los miembros de la familia han sabido ejercer el rol que le corresponde a cada uno de ellos, y se han propuesto a cumplir con las tareas establecidas en el plan, en el plazo establecido.

PALABRAS CLAVE: MOVILIDAD, CAÍDAS, TERAPIAS, CUIDADOS, DOLOR.

ANÁLISIS SOBRE LAS CAÍDAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

VERONICA PEREZ BARBA, JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ, CRISTÓBAL RAMOS POSTIGO

INTRODUCCIÓN: Las caídas en las personas mayores constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por la elevada incidencia y las repercusiones en el anciano. Aunque es un fenómeno frecuente con graves consecuencias no se le presta la atención necesaria.

OBJETIVOS: Determinar las pautas de actuación en las caídas en personas mayores en relación a sus alteraciones y sus problemas neurológicos.

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

RESULTADOS: Hay un número elevado de caídas que son evitables y se pueden prevenir. Por lo tanto deberemos identificar las causas y los factores de riesgos para actuar sobre ellos. Por lo que se debe establecer un seguimiento del estado de salud y control de la medicación. En caso de agitación valoración del tratamiento y utilizar contenciones mecánicas en casos estrictamente necesario. Además es necesaria una buena iluminación en general, instalación de luces nocturnas, interruptores cerca de puertas y de la cama que estén accesibles, interruptores cerca de puertas y de la cama que estén accesibles, evitar suelos irregulares, deslizantes y resbaladizos, calzado cómodo y bien sujeto, utilizar dispositivos de ayuda como bastones, evaluar la necesidad de utilización de dispositivos visuales y auditivos, dejar frenados las sillas de ruedas y barandas firmes y seguras en la cama. Por lo que 1 de cada 3 personas mayores de 65 años de caen una vez al año (70%), 53% se cae una vez al año, 26% se cae más de una vez al año y 21% no sufre caídas.

CONCLUSIÓN: Es importante prestar atención a las caídas en la personas mayores para poder evitarlas en la medida de lo posible o a ver si nos esta avisando de algún estado de salud o de alguna alteración en la medicación. Tener presente las medidas de prevención tanto en zonas residenciales, como hospitales como domicilios particulares.

PALABRAS CLAVE: MAYORES, CUIDADOS, BARRERAS, CAÍDAS, RECAÍDAS.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL CELADOR EN UN CENTRO HOSPITALARIO

JUAN FRANCISCO BAREA SEGADO, FANNY ROMAN ANGEL, ANA ISABEL GARCÍA JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: En el trabajo del hospital, se pueden dar caídas en el desempeño de las funciones del celador, por este motivo, es importante saber las causas y cómo evitarlas.

OBJETIVOS: Conocer las medidas preventivas que ha de seguir el celador para evitar caídas en el centro hospitalario.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre las causas de las caídas del celador en el centro hospitalario, así como las estrategias que se pueden adoptar para su prevención. Los descriptores que se han utilizado han sido: caídas, prevención, prevención riesgos laborales, calzado y celador.

RESULTADOS: Las caídas al mismo nivel son las más frecuentes y se ocasionan, la mayoría de las veces, por resbalones ocasionados por los suelos mojados. También se producen caídas por la presencia de cables u otros obstáculos en el suelo, la utilización incorrecta de las mesas o camas o la mala elección del calzado sanitario. Como medidas preventivas se utilizarán: Señalizar el suelo mojado. Enchufes cercanos. Se retirará cualquier obstáculo de los pasillos. Las mesas o camas serán regulables en altura. Los suelos serán antideslizantes. Se elegirá un calzado con suela antideslizante, transpirable, realizados con materiales de calidad, que sujete el tobillo, ligeros, blandos, de puntera cerrada, horma fisiológica sobre eje longitudinal recto, plantilla plana. Si la función que desempeña el celador conlleva mucho desplazamiento se recomienda el uso de un calzado cerrado. No obstante, si realiza pocos desplazamientos, el calzado a de ser abierto pero sujeto al tobillo.

CONCLUSIÓN: Se hace especial énfasis en la elección del calzado adecuado como medida principal de prevención. Un calzado adecuado, además de evitar caídas, puede evitar lesiones.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, PREVENCIÓN, PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES, CALZADO, CELADOR.

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

FRANCISCO JAVIER BAUTISTA MEDINA, JESSICA ANGULO MARTINEZ, DAVID ARRUFAT GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: En el ámbito sanitario es muy común que los pacientes encamados puedan sufrir caídas provocando grandes consecuencias, tanto físicas como psicológicas. El celador debe detectar los posibles riesgos para poder proporcionar seguridad física al paciente y disminuir el riesgo de caídas.

OBJETIVOS: Determinar las funciones del celador en la prevención de caídas.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en una base de datos Pubmed, Medline Plus, Cuiden; con los descriptores; Seguridad, prevención, caídas, medidas de actuación.

RESULTADOS: Con el aumento de seguridad del paciente se reducirá el porcentaje de caídas. El celador mediante un protocolo deberá identificar al paciente que pueda tener riesgo, se valorará el riesgo en caídas y se le proporcionará unas medidas de seguridad para prevenir las posibles caídas, como poner barandillas en la cama, se comprobará los recursos materiales como el frenado de sillas y camillas.

CONCLUSIÓN: El celador debe conocer todas las medidas de prevención de caídas, ya que tiene un contacto muy directo con el paciente realiza el traslado de pacientes ingresados, movilización, deambulación, levanta y acuesta a los pacientes, y le proporciona seguridad mientras esté hospitalizado. Es importante analizar los accidentes ocurridos para hacer propuestas de medidas para poder corregir posibles errores y hacer una planificación preventiva de caídas.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, RIESGOS, PREVENCIÓN, CAÍDAS.

ANÁLISIS DE RIESGO DE CAÍDAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

INMACULADA ORIHUELA GONZÁLEZ, ANDRÉS JESÚS CORRAL GARCÍA

INTRODUCCIÓN: Las caídas representan la segunda causa de muerte en todo el mundo por lesiones accidentales o no intencionales. La escala Downton es una herramienta que se utiliza en hospitalización para la valoración del riesgo de caídas.

OBJETIVOS: Conocer la incidencia de las caídas y factores que condicionan el riesgo de las mismas.

METODOLOGÍA: Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de un total de 73 pacientes a través de la escala Downton. Las variables han sido atendiendo a datos clínicos (juicio clínico y grado de dependencia) y sociodemográficos (sexo, edad). Las fuentes de información han sido las historias clínicas.

RESULTADOS: Caídas previas: 37%. Déficit sensorial: auditivo: 12%; visual: 6,3%; en miembros: 39%; Ninguno: 46,2%. Estado mental: Confuso: 26,3%; orientado; 73,7. Deambulación: Normal: 31,9%; Segura con ayuda: 35%; Imposible: 5,1%; Insegura con ayuda: 28%. Riesgo escala Downtown: Si: 76,2%; No: 23,8%. Por sexo: 42 hombres y 31 mujeres, con edades comprendidas entre 40 y 95 años. Con una media de edad de 77,5 años.

CONCLUSIÓN: Un 60% se sitúan con alto riesgo pero menos crítico y un 40% con alto riesgo crítico. Es fundamental Implantar la Estrategia de Prevención, Detección y Actuación ante las caídas. Sensibilizar a los profesionales de la necesidad de intervención en esta línea de seguridad, en cualquier ámbito de actuación

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, HOSPITALIZACIÓN, RIESGOS, PREVENCIÓN.

EFFECTIVIDAD DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS: TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

GEMA HORNOS ANGUITA, SERGIO RODRIGUEZ BONACHERA, MARIA BLANCA POLO ANDRES, PETRA DOMENECH ACOSTA

INTRODUCCIÓN: El uso de contenciones mecánicas en pacientes institucionalizados se está haciendo cada vez más frecuente en la práctica clínica, pues la polimedicación, la pluripatología y el prolongado tiempo de ingreso son determinantes para que exista un elevado riesgo de caídas. Aunque no existe evidencia científica que avale el uso de dispositivos de contención para prevenir las caídas, es común el uso de éstos en la práctica diaria.

OBJETIVOS: Determinar la relación existente entre el uso de las contenciones mecánicas con la prevención de caídas.

METODOLOGÍA: Estudio observacional y analítico, de marzo de 2016 a agosto de 2017, de una muestra de 105 pacientes ingresados. Los criterios de inclusión han sido una edad igual o superior a 60 años y que tuvieran prescrito contención mecánica para prevención de caídas.

RESULTADOS: Del total de los 105 pacientes, el 18,09 % (19 pacientes) había presentado al menos una caída dentro del período de estudio. De estos, el 36,84 % (7 pacientes) tenía contención mecánica en el momento de ocurrir la caída. Del total de 105 pacientes, el 16,19 (17 pacientes) tenía contención mecánica, de los que el 58,82 % (10 pacientes) no ha presentado caídas.

CONCLUSIÓN: De los resultados obtenidos podemos concluir que el empleo de contenciones mecánicas homologadas no es un factor protector en la prevención de caídas, si bien disminuye en algunos puntos la incidencia de estas con respecto a los pacientes sin contención. Hay que tener en cuenta que se trata de un estudio limitado en cuanto a la muestra y que se han obviado tanto los riesgos y consecuencias del empleo de contenciones.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIÓN, CAÍDAS, ESTUDIO, PREVENCIÓN.

CONOCIMIENTO DE LA EPISTAXIS Y RESULTADOS

LAURA CARMONA MORALES, BEATRIZ ABELEDO LOPEZ, MERCEDES CAÑETE CASTILLO

INTRODUCCIÓN: La epistaxis es una hemorragia nasal producida por la irritación local de las membranas mucosas, un estornudo violento, la fragilidad del epitelio o de las paredes arteriales, una infección crónica, un traumatismo, hipertensión, leucemia, falta de vitamina K o, con mayor frecuencia, por autolesión con el dedo. También la denominados hemorragia nasal.

OBJETIVOS: Determinar la actuación ante un paciente con epistaxis.

METODOLOGÍA: Se revisaron 32 artículos, entre los años 2000 y 2017, de los cuales trabajamos con 3 artículos cuyo idioma es el español por su especial relevancia e importancia. Se utilizaron para ello las bases de datos enfermeras Cuidem, Cochrane y Scielo.

RESULTADOS: El paciente debe respirar por la boca y sentarse tranquilamente con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante para evitar la entrada de la sangre en la faringe y no deglutirla. La hemorragia puede controlarse presionando firmemente las alas nasales con los dedos, introduciendo en los orificios nasales una bola de algodón humedecida en un vasoconstrictor tópico y aplicando presión, ocluyendo el aporte de sangre a la zona o colocando una bolsa de hielo sobre la nariz. Si la hemorragia continua hay que retirar los coágulos por aspiración. La mucosa nasal puede anesthesiarse con lidocaína tópica y a continuación cauterizarse con una varilla de nitrato de plata o electrocauterio, seguidamente se aplica un spray de epinefrina. Las epistaxis persistentes o profusas y recidivantes pueden tratarse mediante la ligadura de algunas de las arterias que irrigan la nariz.

CONCLUSIÓN: Puede deberse a la rotura de los pequeñísimos vasos que recorren el tabique nasal anterior, lo cual sucede con mayor frecuencia en niños y adolescentes. En el adulto este tipo de hemorragia es más frecuente en el hombre que en la mujer, puede ser grave en el anciano y a veces se acompaña de trastornos respiratorios, ansiedad, inquietud, vértigo, náuseas e incluso síncope.

PALABRAS CLAVE: EPISTAXIS, SÍNTOMAS EPISTAXIS, MÉTODOS EPISTAXIS, INSTRUMENTOS EPISTAXIS.

FOCALIDAD NEUROLÓGICA SIN ESPECIFICAR EN PACIENTE GERIÁTRICO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 75 años acude a urgencias por episodio de pérdida de visión, sin pérdida de conocimiento por caída y TCE.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes personales: No refiere alergias medicamentosas conocidas, HTA, Sd. Depresivo, IQ: sigmoidectomía, reparación vesical por diverticulitis, hernioplastia, amigdalectomía. Exploración y pruebas complementarias: La exploración general tanto física como neurológica aportan los siguientes datos: TA 133/95 mmHg, FC 98 lpm, afebril, SpO 99%, NRL: Consciente y orientada en TEP, PICNR, MOEs y campimetría por confrontación sin alteraciones, habla y lenguaje normal, no déficit motor, RCP flexor bilateral. PMM bilateral, Reflejo glabellar no agotable. TAC Craneal simple. Analítica: creatinina 49 umol/L, glucosa 6,9 mmol/L, Na 138 mmol/L, K 3,96 mmol/L, TTPA 0,96, TP 0,98. Hb 127 g/L, VCM 89 fL, Htc 38 %, plaquetas 301/L, leucocitos 9.2 (PMN 89,9%, Limfos 7%).

JUICIO CLÍNICO: Hematoma temporal izquierdo con edema asociado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hematoma temporal izquierdo con edema asociado. Con los datos de la anamnesis y exploración física se procede al ingreso de la paciente en la unidad de neurología para complementar estudio de dicho episodio en función de la evolución de la paciente.

CONCLUSIONES: La importancia de la prevención de caídas en el paciente geriátrico evitando barreras en la vida diaria para evitar este tipo de accidentes.

PALABRAS CLAVE: FOCALIDAD, DIVERTICULITIS, HEMATOMA TEMPORAL IZQUIERDO, NEUROLÓGICA.

PACIENTE PEDIÁTRICO QUE PRESENTA TRAUMATISMO FACIAL ORBITAL

MARGARITA OSTOS ALARCON, ANA MARIA MORALES CARMONA, ANA MARIA CARDENAS JAEN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 11 años que acude a urgencias tras haber sufrido una caída de forma involuntaria al pisar un balón desde su propia altura al suelo. En el momento de la caída no sufrió pérdida de conocimiento, pero sí náuseas y mareos. El hematoma persiste desde hace tres meses en zona orbitaria y frontal derecha. Tras la desaparición del hematoma, refiere la madre que prácticamente a diario o cada dos días le aparece de nuevo pero no tan intenso como el original. Le aparece a diferentes horas del día por lo que no se le asemeja a ninguna actividad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Diagnóstico por imagen. Radiografía oblicua anterior derecha de órbita bilateral. Diagnóstico por imagen. Radiografía oblicua anterior izquierda de órbita derecha. TC craneal sin contraste I: V: de cara (A). Actualmente no fiebre ni semiología neurológica. Dolor en la palpación de reborde superior y latero externo de órbita derecha. Con la palpación vuelve a aparecer el hematoma. Pinla, moec. No epistaxis ni hemorragia. Buena apertura ocular. No ptosis palpebral. Agudeza visual conservada. En las pruebas de diagnóstico de imagen se aprecia dudosa fractura en suelo lateral. En el TC craneal no se ven signos directos ni indirectos de fracturas periorbitarias.

JUICIO CLÍNICO: Traumatismo facial. **CONCLUSIONES:** Explicamos que se trata de un problema postraumático a nivel de tejidos blandos sobre el que no se plantea intervención quirúrgica. En principio debe mejorar con el tiempo. Si persiste o empeora pedirá cita para nueva valoración. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Equimosis.

PALABRAS CLAVE: EPISTAXIS, HEMATOMA, PTOSIS PALPEBRAL, PERIORBITARIAS.

PROTOCOLO EN LA SUJECIÓN TERAPÉUTICA EN LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ DEL PACIENTE

DALILA GALVAN SUAREZ, VANESSA DIAZ ALVIRA, ANA MARIA MORENO DOMINGUEZ,
MARIA TRINIDAD BENITEZ TOMAS

INTRODUCCIÓN: La sujeción terapéutica se puede relacionar con la inmovilización, la cual se entiende como el uso de procedimientos físicos mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo o a otras personas pudiera ocasionar. La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional.

OBJETIVOS: Determinar las medidas que se deben establecer en la sujeción terapéutica del paciente con agitación psicomotriz.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos como Medline, Cochrane y Dialnet usando descriptores tales como: sujeción, psicomotriz, agitación.

RESULTADOS: El uso de las sujeciones terapéuticas en el ámbito sanitario y las medidas que se establecen en relación a los pacientes con agitación psicomotriz se puede decir que disminuyen a nivel de caídas de pacientes o lesiones tanto en pacientes como hacia el personal sanitario.

CONCLUSIÓN: Por lo que existe la necesidad de crear un procedimiento estándar para sujetar al paciente con agitación psicomotriz, que preserve sus derechos fundamentales y a la vez garantice su integridad física y moral, para lo cual es imprescindible el planteamiento de estándares en indicadores que sean capaces de evaluar el procedimiento en cuestión.

PALABRAS CLAVE: SUJECIÓN, AGITACIÓN, PREVENCIÓN, CUERPO.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL RIESGO DE CAÍDAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

MARÍA TERESA RUIZ LÓPEZ, LAURA MORA MARTINEZ, VERÓNICA SÁNCHEZ DEL ÁRBOL

INTRODUCCIÓN: Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Según la OMS se calcula que anualmente mueren en el mundo unas 646.000 Personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos. Mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica. Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, capacitación, creación de entornos más seguros, priorización de la investigación relacionada con las caídas y establecimiento de políticas eficaces para reducir riesgos.

OBJETIVOS: Determinar medidas para lograr que el paciente no sufra riesgos innecesarios de caídas durante su hospitalización. Identificar a enfermos con mayor riesgo de caídas, causas y aplicar medidas de prevención.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden, PubMed y Scielo. Del total de artículos encontrados se seleccionaron 11 para la elaboración de la revisión. Se consulta también el libro de Diagnósticos Enfermeros NANDA.

RESULTADOS: La población susceptible de sufrir caídas es la mayor de 75 años. Factores de riesgo del entorno que favorecen más las caídas son: barandilla inadecuada, mala iluminación, timbre de llamada inaccesible, baño inaccesible, suelo mojado, ropa y calzado inadecuado, desorden, etc. Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos del paciente son: movilización sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de esta, edad superior a 75 años, impotencia funcional, baja agudeza visual y/o auditiva, fármacos, estados de agitación, hipotensión, hipoglucemia, ansiedad relacionada con patrón de eliminación, enfermedades neurológicas, cardíacas y/o del aparato respiratorio, portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones, andadores...), etc.

CONCLUSIÓN: Se debe realizar valoración de enfermería al ingreso para identificar factores de riesgo con la intención de reducirlos mediante actividades de prevención.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, FACTOR DE RIESGO, PREVENCIÓN, HOSPITALIZACIÓN.

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO CON PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

ANTONIA MORENO MARTINEZ, ANA VANESSA CARRASCO FERNÁNDEZ, FRANCISCA GARCÍA RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 86 años que acude al servicio de urgencias, tras caída accidental con traumatismo craneoencefálico y pérdida de conocimiento posterior de unos segundos de duración con recuperación completa. Refiere dolor localizado a nivel costal y occipital. Sus antecedentes personales son: HTA, Diabetes Mellitus tipo 2, tratamiento con sintrom con INR a su llegada de 2.64.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física aportó los siguientes datos: T. A: 160/80 mmHg, FC: 80 ppm, Sat o2 97%. Tª 36.7; Presenta buena coloración de piel y mucosas, valoración neurológica de Glasgow 15/15, fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. No presenta rigidez de nuca ni signos meníngeos, pero si se aprecia cefalohematoma en región occipitoparietal izquierda a presión.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia subaracnoidea. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis la sospecha inicial fue de posible hemorragia subaracnoidea, se completó la exploración con las siguientes pruebas: Rx cráneo: no se observan líneas de fractura. RX oblicua parrilla costal izquierda: no se observan fracturas en arcos costales. TAC craneal: se confirmó el diagnóstico con la imagen que indicó pequeña hemorragia subaracnoidea a nivel de región occipital.

CONCLUSIONES: El traumatismo craneoencefálico (TCE), incluso leve en pacientes en tratamiento con coagulantes orales presenta una mortalidad elevada, es por ello que estos pacientes deben acudir a un servicio de urgencias tan rápido como sea posible. En este caso se contacta con neurocirujano para consultar hemorragia subaracnoidea, indicando dejar 24 horas en observación y repetir TAC trascurrido este tiempo. Finalmente se deriva a neurocirugía para su seguimiento.

PALABRAS CLAVE: CONOCIMIENTO, HEMORRAGIA, CRÁNEO, CAÍDA.

ACTIVIDAD FÍSICA COMO PREVENCIÓN ANTE LAS CAÍDAS DE LAS PERSONAS MAYORES

VERONICA ARMENTEROS ALBA, BEATRIZ NAVASAL MARTÍN, VICTORIA ORIHUELA COBO

INTRODUCCIÓN: Según el diccionario, se entiende por caída “perder el equilibrio hasta dar en tierra”. Las caídas en las personas mayores es uno de los síndromes geriátricos más importantes en la actualidad, ya que son causas de las fracturas de cadera, lesiones cerebrales traumáticas y muerte en los adultos de la tercera edad. Suelen ser el resultado de una combinación de factores internos o intrínsecos (edad, mareos, problemas auditivos, visuales, etc.) Y externos o extrínsecos (defecto del pavimento, suelo resbaladizo, etc.). En los mayores de 65 años el riesgo de caída aumenta en un 75% respecto a otras edades. Por ello, es importante la prevención mediante un buen ejercicio físico para disminuir el riesgo de caída.

OBJETIVOS: Determinar medidas para fomentar la actividad física en la vida cotidiana de las personas mayores.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de estudios publicados en bases de datos como Cochrane Plus, Medline, Cuiden, Decs y en el buscador Google académico, con descriptores: anciano, caídas, actividad física, incidencias y prevención.

RESULTADOS: El ejercicio físico adaptado a las necesidades de las personas mayores se ha asociado con una disminución del riesgo de mortalidad, del riesgo de enfermedades crónicas prevalentes en el envejecimiento (cardiovasculares, osteoarticulares...) y de deterioro funcional.

CONCLUSIÓN: La alta incidencia de las personas mayores con riesgo de caídas podría disminuirse realizando un programa de actividad física adaptada a cada anciano y teniendo en cuenta tanto los factores intrínsecos o internos como en los extrínsecos o externos.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, CAÍDAS, ACTIVIDAD FÍSICA, INCIDENCIAS, PREVENCIÓN.

PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE CAÍDAS

NOEMI LOPEZ RUIZ, PATROCINIO LOPEZ RUIZ

INTRODUCCIÓN: Suceso imprevisto no intencionado, donde uno acaba yaciendo en el suelo o en cualquier nivel más bajo desde el que se encontraba, de pie, sentado o estirado. Éstas tienen graves consecuencias tanto físicas como psíquicas, sin olvidar su repercusión social y económica, además de tener una elevada mortalidad.

OBJETIVOS: Identificar recomendaciones para la prevención de caídas.

METODOLOGÍA: Ha sido una revisión bibliográfica en páginas como prevención de caídas, prevención de la Junta de Andalucía.

RESULTADOS: Precaución especial al cruzar la calzada, andar calmado y despacio. Utilizar calzado cómodo y seguro, caminar atento, controlando los movimientos, pasos firmes y seguros. Evitar la carga excesiva; bolsos, paquetes, bolsas... Procurar ir por recorridos conocidos, conociendo sus peligros y zonas seguras. Usar bastón si tiene dificultad al caminar y tener cuidado con los pavimentos deslizantes. Ropa cómoda, adaptación de gafas y audífonos. No correr, no girarse bruscamente, descansar si se siente fatigado. Cuidado con los bordillos, bolardos, desperfectos como socavones... Elegir cruces regulados por semáforos y evitar cruzar cuando quedan pocos segundos para cambiar. Agárrese al subir y bajar escaleras normales o mecánicas. En caso de dificultad, Solicite ayuda a una persona. Respete las normas de seguridad, mantenga su actividad diaria, sus tareas cotidianas. Necesitar mantenerse en forma física y mental, relaciónese con familiares y amigos. Hacer ejercicios aeróbicos como caminar, bicicleta, ejercicios de flexibilidad, ejercicios de equilibrios.

CONCLUSIÓN: Como conclusión es importante evitar caídas, corregir hábitos, adecuar vestimenta, calzado... Fomentar el bienestar emocional y social.

PALABRAS CLAVE: PRECAUCIÓN, CAÍDAS, INCIDENCIA, RIESGO.

ESTUDIO DE LAS CAÍDAS Y SUS CONSECUENCIAS FÍSICAS

TOMAS ILLESCAS HURTADO, EMMA RODRIGUEZ JIMENEZ

INTRODUCCIÓN: Todos sufrimos accidentes, ya sea un simple golpe, raspón, caída hasta accidentes automovilísticos. Los pacientes con traumatismos son el pan de cada día en urgencias; sin embargo, hay que saber identificar si está fracturado. Veamos los signos clínicos y radiológicos clave de las fracturas. Éstas aparecen en casi todas las etapas de la vida, cada una con etiologías, características, localización y grados de severidad diversos.

OBJETIVOS: Analizar las consecuencias de las caídas. Determinar las fracturas más comunes en pediatría.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de diversas páginas de Internet y consulta de bases de datos utilizando los descripciones: fractura, luxaciones, Fracturas provocadas por una caída, etc.

RESULTADOS: La caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad. El 50% de las caídas conlleva algún tipo de lesión, y el 10% de ellas, acarrear lesiones importantes, que pueden generar fracturas, luxaciones, esguinces, etc. , Y una inmovilidad prolongada en el tiempo. ES necesario confirmar el diagnóstico por medio de radiografía o TAC. El tratamiento en la mayoría de los casos es quirúrgico, con osteosíntesis o artroplastia. En pediátricos es muy común la fractura de húmero distal. Las fracturas de falanges son más frecuentes en niños. Si la actividad realizada es el ciclismo la consecuencia de una caída puede ser la fractura de clavícula. En una caída con rotación de pierna, lesión deportiva o accidente de tráfico, la fractura de tobillo es muy habitual. La fractura de cadera en personas mayores de 50 años.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico del facultativo debe ser corroborado efectuando una radiografía y en ocasiones un TAC, debe buscar datos de una posible lesión vascular.

PALABRAS CLAVE: FRACTURAS, DIAGNÓSTICO, LUXACIONES, ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS.

A PROPÓSITO DE UN CASO: CUIDADOS EN LA FRACTURA DEL 5º METACARPO

ALEJANDRO JOSE GOMEZ VILCHEZ, ALBA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, ANA BELÉN MONTES PUERTAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 55 años que refiere dolor a nivel del 4º y 5º dedos de la mano derecha tras un traumatismo. No perdió el conocimiento ni otras lesiones corporales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA:135/75;frecuencia cardíaca:78ppm;temperatura:36,7C. Hematoma a nivel del 4º y 5º metacarpos. Inflamación a ese nivel. Conserva movilidad. Radiografía de mano derecha AP y L.

JUICIO CLÍNICO: Fractura base del 5º metacarpo, no desplazada, no luxada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura 5º metacarpo cerrada.

PLAN DE CUIDADOS: Deterioro de la movilidad física(00085)R/C pérdida de la integridad de las estructuras óseas M/P limitación de la habilidad para las habilidades motoras groseras y limitación de la habilidad para las habilidades motoras finas. ObjetivosNOC:0300Cuidados personales:actividades de la vida diaria.0208Nivel de movilidad. IntervencionesNIC:0224Terapia de ejercicios: movilidad articular.1800Ayuda al autocuidado. Déficit de autocuidados:alimentación(00102)R/C deterioro músculo-esquelético M/P incapacidad para preparar los alimentos para su ingestión, manejar los utensilios, coger los alimentos con los utensilios, abrir los recipientes y coger la taza o el vaso. ObjetivosNOC:0303Cuidados personales: comer. IntervencionesNIC:1803Ayuda con los autocuidados:alimentación. Déficit de autocuidados:baño/higiene(00108)R/Cdeterioro musculo-esquelético M/P incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo. ObjetivosNOC:0301Cuidados personales:baño.0305Cuidados personales:higiene. IntervencionesNIC:1610Baño.1680Cuidados de las uñas.1801Ayuda con los autocuidados:baño/higiene. Déficit de auto cuidado:vestido/acalamiento(00109)R/C deterioro músculo-esquelético M/P incapacidad para ponerse la ropa. ObjetivosNOC:0302Cuidados personales:vestir.0304Cuidados personales:peinado. IntervencionesNIC:1630Vestir.1670Cuidados del cabello.1802Ayuda con los autocuidados:vestir/arreglo personal.

CONCLUSIONES: El paciente que aquí se expone manifiesta una dependencia parcial puesto que tiene afectado el miembro más desarrollado, es diestro. Con este plan de cuidados se pretende mejorar la calidad de vida del paciente que por estos motivos descritos se ve comprometida y necesita ayuda para realizar actividades tan básicas como vestirse y un tratamiento farmacológico, y posterior rehabilitación, para que el dolor que le pueda producir dicha fractura se menor. Consiguiendo así el paciente llegar a realizar sus actividades cotidianas y fomentando un buen estado que es primordial para su recuperación.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, DEPENDENCIA, HUESO, CUIDADOS.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS

LAURA FERRAN MORAGUES, SANDRA MUÑOZ HIDALGO, MARTA CASTAÑO LORITE

INTRODUCCIÓN: Las caídas en pacientes hospitalizados se califican como eventos adversos. Son un problema de seguridad del paciente, donde las consecuencias de estas situaciones pueden ser leves, graves o muy graves. En estos eventos adversos, es importante tener un buen registro de los factores de riesgo y, también, los grupos de riesgo.

OBJETIVOS: Identificar los grupos de riesgo más evidentes para prevenir las caídas o lesiones y educar al paciente y la familia para su prevención.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Queda claramente evidenciado que las personas mayores tienen mayor riesgo de sufrir caídas. Generalmente, la edad que está en este rango es de personas mayores de 65 años. Este factor, puede deberse por trastornos físicos, sensoriales y/o cognitivos de deterioro por la edad. Otro factor de riesgo que hay que tener en cuenta en los pacientes hospitalizados es el de tener una buena práctica de los profesionales y un cuidado adecuado de los familiares que acompañan al paciente en estas situaciones.

CONCLUSIÓN: Una buena identificación de los pacientes con riesgo de sufrir caídas es básico para su prevención. Es importante añadir, que la presencia de un familiar no disminuye el riesgo de caída. Nos deberíamos centrar en la educación de la familia y del propio paciente. También, en los profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, ADULTOS, HOSPITALIZACIÓN, PREVENCIÓN.

HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO CON FRACTURA DE FÉMUR

LYDIA LOZANO PALACIOS, JUAN MANUEL MONTES PALOMARES, ANA YAÑEZ RUIBAL, MARIA JOSE MARTIN DOMINGUEZ, JOHN JAIRO FAJARDO DURANGO, CECILIA MALDONADO ACOSTA, RUBÉN HERNÁNDEZ LÓPEZ, ARIANNE MENDEZ BRAVO

INTRODUCCIÓN: Una fractura de fémur puede ser por fragilidad, debido a una caída o traumatismo. Para esta patología, el equipo de enfermería llevaría a cabo unos cuidados específicos, entre ellos la higiene del paciente.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de la manera de reducir la fractura y reclinar los fragmentos óseos, para conseguir que sufra el menor dolor y tenga el máximo confort.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente en palabras clave.

RESULTADOS: Para que esta técnica sea efectiva, se ha de realizar, sujetando la extremidad en bloque para evitar menor dolor y luxaciones. Saludar al paciente e identificarlo, comprobar que lleve correctamente su pulsera. Prepararemos la ropa de cama limpia, toallas, batea y esponjas. Si el paciente no tiene problema en los miembros superiores, ayudará cogiéndose del trapecio y se incorporará para que el equipo de enfermería le realice la higiene de la parte posterior. Si no puede ayudar, se le realizará la higiene en decúbito supino y lateral. Cuando lo pongamos de lateral, el primer giro se le hará hacia el lado contrario de la fractura y siempre colocando una almohada entremedias de las piernas para mantener alineada la posición corporal. Procederemos al cambio de sábanas. Lo colocaremos para un lado y luego para el otro. Por último lo dejaremos cómodo y seguro en su cama.

CONCLUSIÓN: Esta técnica se realiza para que el paciente este lo más hidratado y limpio posible y así minimizar el riesgo de infección y prevenir complicaciones... Como úlceras, estreñimiento o problemas de trombosis.

PALABRAS CLAVE: LUXACIÓN, HIGIENE, DOLOR, FRACTURA DE FÉMUR.

CUIDADOS DEL PACIENTE: SEGURIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO

RAQUEL SANDRA RODRIGUEZ RIVAS, SILVIA VELASCO SANCHEZ, ALBERTO MARTINEZ RUIZ

INTRODUCCIÓN: La OMS define el término caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad. Para evitar estos efectos adversos en los hospitales se debe priorizar la seguridad del paciente hospitalizado, utilizando los medios necesarios para paliar los riesgos, evaluando los factores intrínsecos y extrínsecos.

OBJETIVOS: Determinar medidas para minimizar los riesgos.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos Medline, Pubmed, Scielo, Cuiden. Los estudios contractados y con relevancia científica son de los últimos años. Los descriptores: perfil, factores, consecuencias y prevención.

RESULTADOS: Todos los estudios analizados, coinciden en que las caídas del paciente en el hospital son eventos adversos relevantes en la hospitalización, pues en torno al 9% podrían evitarse. Para minimizar los riesgos se deben tener en cuenta el perfil del enfermo haciendo hincapié en el grado de movilidad, patologías que presenta, edad, fármacos que se le administran. Además de los factores extrínsecos, infraestructura hospitalaria, pues el paciente se encuentra en un ambiente desconocido que dificulta la deambulación, lo que genera gran dependencia para realizar sus necesidades básicas. Como consecuencia se producen un aumento de los gastos al sistema sanitario.

CONCLUSIÓN: El perfil con mayor riesgo de caídas es el paciente de alrededor de 60 años, por su dificultad de adaptación al medio hospitalario, con patologías cardiovasculares y respiratorias, acentuado por la falta de acompañamiento de los familiares. Para ello el equipo sanitario debe estar preparado para identificar los riesgos y minimizarlos, disminuyendo a su vez el gasto sanitario como consecuencia.

PALABRAS CLAVE: PERFIL, FACTORES, CONSECUENCIAS, PREVENCIÓN.

PREVALENCIA DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON RIESGO DE CAÍDAS Y PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS

MARIA NIEVES GARCIA GARCIA, SONIA ORTIZ FUENTES, MARIA DEL MAR JORQUERA DIAZ

INTRODUCCIÓN: La incidencia de las caídas en la población anciana es mucho mayor que en el resto de población, estas caídas acarrear consecuencias orgánicas y psicológicas. Entre los factores que influyen en las caídas encontramos la polifarmacia y el uso incorrecto de medicamentos. Entre los fármacos más relacionados con la incidencia de caídas encontramos entre otros las benzodiazepinas.

OBJETIVOS: Calcular la prevalencia de pacientes mayores de 65 años con prescripción activa de benzodiazepinas y diagnóstico NANDA riesgo de caídas y poder hacer una valoración en estos pacientes del posible uso inadecuado de estos medicamentos.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional de corte transversal llevado a cabo en un centro de salud urbano. Como criterio de inclusión tenemos en cuenta pacientes mayores de 65 años con Diagnóstico NANDA riesgo de caídas (00155). La muestra la componen 434 pacientes (N=434). Se recogen datos sociodemográficos como edad y sexo y prescripción de benzodiazepinas activa en su hoja de tratamiento.

RESULTADOS: De 3346 pacientes mayores de 65 años incluidos en el centro de salud, el 12,97% (N=434) tienen registrado en su historia el diagnóstico NANDA riesgo de caídas. El 53,46% (n=232) son mujeres frente al 46,54 (n=202) de hombres. El 44% (n=191) con edad comprendida entre los 65-75 años y el 56% (n=243) mayores de 75 años. El 42,9% (n=186) tienen prescrito al menos una benzodiazepinas, el 5,3% (n=23) tienen dos o más, frente al 51,8% (n=225) de los pacientes que no tienen prescrita ninguna benzodiazepina.

CONCLUSIÓN: En el tema de las caídas en el anciano lo fundamental es la prevención, pues con ello se evitan las consecuencias que se generan de las caídas. El trabajo de enfermería debe de estar encaminado a esta prevención y una de las intervenciones más importantes es brindar educación sanitaria sobre el uso correcto de medicamentos.

PALABRAS CLAVE: BENZODIACEPINAS, PREVENCIÓN, ANCIANO, CAÍDAS.

PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES

DAVID SOTO IZQUIERDO, MARIA INMACULADA MORALES DIAZ, JOSEFA DURAN GARCIA

INTRODUCCIÓN: Una de las principales funciones de un centro hospitalario es mantener o recuperar la salud de los pacientes. La caída de un paciente es un proceso que suele empeorar la salud del paciente, por tanto, es imprescindible evaluar este riesgo para reducirlo o evitarlo en su totalidad si es posible. Este riesgo de caídas se puede deber a factores intrínsecos del paciente como son la edad avanzada, las condiciones crónicas, una prolongada hospitalización, alteración cognitiva o el uso de medicamentos. También se puede deber a factores extrínsecos como factores ambientales, distribución arquitectónica, distribución del mobiliario, deficiente organización del entorno o falta de supervisión del personal.

OBJETIVOS: Evaluar el riesgo de caídas de los pacientes. Determinar medidas para reducir el riesgo de los pacientes motivado por las caídas.

METODOLOGÍA: Se ha hecho una revisión bibliográfica de distintos estudios y artículos sobre seguridad y prevención de riesgos. Además se ha utilizado la observación directa del personal sanitario durante la realización de su trabajo.

RESULTADOS: Al llegar el paciente y de forma continuada, el personal debe valorar los factores intrínsecos de riesgo de caída para tomar las medidas necesarias. Aparte se deben valorar los riesgos extrínsecos de la unidad y solucionarlos de forma inmediata. Para evitar estos riesgos se realizan las siguientes actuaciones: Colocar barandillas en la cama. Enseñar al paciente el uso del baño, accesorios, luces y timbre. Enseñar a sentarse en el borde de la cama. Mantener el suelo libre de obstáculos y ordenado. Proporcionar material de apoyo (bastones, ...). Aplicar sujeción mecánica si fuera preciso.

CONCLUSIÓN: Hay que tener en cuenta que una caída aumenta la permanencia del paciente en el hospital, lo que incrementa en gran medida el costo de asistencia médica. Por tanto es muy importante hacer una correcta evaluación de los riesgos de caída para evitar que se produzcan.

PALABRAS CLAVE: CAÍDA, PREVENCIÓN, EVALUACIÓN, REDUCCIÓN.

CAMBIOS EN EL CICLO VITAL EN PACIENTE GERIÁTRICO

JOSE LOPEZ PRADOS, EMILIO MANUEL RUIZ DIAZ, CAROLINA CONTRERAS RIVAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 85 años que vive solo en casa, viudo, que utiliza andador. Tiene dos hijas que van hacerles las tareas del hogar cuando pueden. Antecedentes personales: HTA. Manifiesta haberse caído.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Como herramientas de valoración-exploración hemos utilizado el modelo de Virginia Henderson, para la elaboración del plan de cuidados hemos utilizado taxonomía NANDA, NIC, NOC. También hemos utilizado la Escala de Indicie de Barthel.

JUICIO CLÍNICO: A nuestro juicio el paciente deberá obtener una prevención en caídas valorando el uso de los dispositivos de ayuda con nuestra ayuda haremos actividades de adaptación del entrono. Por otro lado valoramos la movilidad del paciente y fomentaremos actividades que proporcionen independencia de este aunque sea a largo plazo y progresivamente. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** (00155) Riesgo de caídas R/c un deterioro de la movilidad física y el uso de dispositivos de ayuda. (00085) Deterioro de la movilidad física R/c deterioro musculo esquelético M/p limitación en los movimientos.

PLAN DE CUIDADOS: Se usara bastón o agarraderas a lo largo de la vivienda en caso de ser necesario, para promover un habito seguro en el paciente. Indicaremos a la actividad necesaria adecuada y segura para no limitar el movimiento del paciente, dando lugar a limitaciones en el futuro.

CONCLUSIONES: Podemos concluir la importancia de educar, prevenir y promover estilos de vida saludables en todos los niveles asistenciales favorecerá al nivel de salud de nuestros pacientes. Y como con un plan adecuado de enfermería podemos favorecer el nivel de vida de nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, VIDA, PREVENCIÓN, CAÍDAS.

LAS CAÍDAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

ALBA ILLESCAS GARCIA, SANDRA PUEYO RAMOS, AIDA RAMOS SÁNCHEZ, MARIONA SANGENÍS FRANCO, KAREM SAIRE MEDRANO, PAOLA DEL ROCÍO SAIRE MEDRANO

INTRODUCCIÓN: La caída es el paso no intencional del cuerpo a un nivel inferior de la posición inicial con la incapacidad de corrección en el transcurso del tiempo hábil, debido a circunstancias multifactoriales y que comprometen la estabilidad corporal de la persona pudiendo causar daños físicos. Algunos estudios consideran que las caídas es uno de los factores más prevalentes en los centros hospitalarios (70% de los casos), dependiendo del centro hospitalario y del tipo de paciente. Llevando a provocar daños, aumentando las complicaciones clínicas y el tiempo de estancia del paciente y así aumentando el coste de tratamiento, estancia, material, etc.

OBJETIVOS: Pretendemos analizar y descubrir cuales son los factores que favorecen a aumentar las caídas, además de otros factores de riesgo para su aparición.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica basada en la consulta a las bases de datos utilizando los prescriptores nombrados anteriormente.

RESULTADOS: Las caídas pueden ser causadas por factores intrínsecos como alteraciones fisiológicas o patológicas, factores psicológicos y como causa de efectos colaterales por medicamentos, también pueden deberse a factores extrínsecos como relación del comportamiento y actividades de la persona en el medio en que habitan. Mientras que en los centros hospitalarios los pacientes se encuentran en un proceso de mejoría de su salud, y se consideran un grupo vulnerable; a causa de esto, el número de caídas aumenta y así alargando la estancia y el coste del tratamiento, además de malestar físico y psicológico del paciente.

CONCLUSIÓN: Teniendo en cuenta a los pacientes hospitalizados, son un grupo de personas que padecen un aumento del riesgo de sufrir caídas ya que el ambiente desconocido y su situación clínica como pueden ser enfermedades neurológicas, cardiovasculares, incontinencias urinarias o intestinales, falta de equilibrio, fuerza y visibilidad; alteración de la marcha, reacciones adversas a los medicamentos y la polifarmacia favorecen dicho riesgo.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, FRAGILIDAD, RIESGO DE CAÍDAS, ACCIDENTES POR CAÍDAS, ÍNDICE DE RIESGO, ESCALA DOWNTON.

FACTORES DE RIESGO Y DISMINUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD DE LAS CAÍDAS EN ANCIANOS.

ALBA MARÍA TEJERO VELÁZQUEZ, SILVIA MUÑOZ MARTÍNEZ, MARIA DEL VALLE MARTÍN PEREZ

INTRODUCCIÓN: Las caídas constituyen uno de los principales síndromes geriátricos y principal causa de accidentes en ancianos, repercutiendo directamente en una pérdida funcional del sujeto, pérdida de la calidad de vida, trastornos psicológicos como ansiedad o miedo ante una nueva caída, y un aumento de la morbimortalidad.

OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo en las personas mayores y evitar o disminuir las caídas en la medida de lo posible desde el punto de vista de la enfermería y de los profesionales de la salud.

METODOLOGÍA: La metodología de estudio empleada ha sido la revisión bibliográfica de nuestro tema de interés mediante el uso de diferentes bases de datos como scientdirect, scielo y pubmed con el fin de recabar información acerca de nuestro objetivo de estudio.

RESULTADOS: Con la edad la fuerza muscular disminuye hasta un 50%, a esto se le suma el consumo de fármacos psicotrópicos y la pérdida de agudeza visual y de reflejos, lo que hace que el riesgo de caída sea inminente.

CONCLUSIÓN: Según la bibliografía revisada las caídas representan una de las principales causas de pérdida de independencia en la edad avanzada, ingresos en residencias y aumento de la morbimortalidad. El personal de enfermería tiene la responsabilidad de elaborar un plan profiláctico para evitar no solo el riesgo de caída sino también sus consecuencias. Las medidas de prevención a destacar son el uso de un calzado adecuado, vigilar a los ancianos con riesgo de caída y ofrecer acompañamiento en los desplazamientos, el uso de bastón o andadores como apoyo en la marcha, colocación de lámparas para garantizar una buena iluminación, eliminación de obstáculos con los que pueda tropezar y barandas en la cama y en el baño.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, ANCIANOS, MORBIMORTALIDAD, FACTORES DE RIESGO.

FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTCAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

LETICIA RODRIGUEZ MORAL, MARTA SOUZA FERNÁNDEZ, PATRICIA MÉNDEZ PÉREZ

INTRODUCCIÓN: El síndrome postcaídas está relacionado con la pobre condición física del adulto mayor, la reducción en actividades de la vida diaria, pérdida de su capacidad física, estados depresivos y de ansiedad, asociado todo esto con la disminución en la calidad de vida y restricción social. La rehabilitación por medio del ejercicio físico mejora la fuerza muscular de los miembros inferiores, el control postural, la coordinación y el equilibrio, factores que se encuentran deteriorados en algunos adultos mayores haciéndolos vulnerables a las caídas, por lo que al mejorar estos causantes conjuntamente con otros factores que predisponen a las caídas, es posible disminuir el número y las consecuencias de las mismas.

OBJETIVOS: Determinar una propuesta de actuación que ayude a superar el miedo para, favorecer por un lado la recuperación del equilibrio y la marcha, y por el otro evitar que el temor a una nueva caída, acarree al adulto mayor determinados problemas sociosanitarios.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos (Pubmed, PEDro, Scielo) utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave. Análisis de la información recopilada.

RESULTADOS: La intervención del fisioterapeuta con una buena valoración, diagnóstico correcto y tratamiento individualizado contribuye a la disminución y consecuencias de las caídas. Se ha demostrado con múltiples publicaciones que tanto el fortalecimiento muscular como la mejora del control postural, la coordinación y el equilibrio aportan mayor seguridad lo que disminuye el miedo a caerse de nuevo favoreciendo una mayor autonomía y mejor calidad de vida.

CONCLUSIÓN: Siendo fundamental el enfoque multidisciplinar, la intervención fisioterápica ayuda a disminuir los riesgos de una nueva caída al trabajar aspectos fundamentales como son la fuerza, el equilibrio la coordinación y la marcha. Esto unido a una buena intervención médica y psicológica y a la modificación de factores de riesgo extrínsecos reducirán el miedo a volver a caerse y con ello la pérdida de autonomía.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, CAÍDAS.

CASO DE VARÓN DE 82 AÑOS CON TRASTORNO CRANEOENCEFÁLICO

MARIA LUISA ROMAN GARCIA, MARÍA JOSÉ ASUNCIÓN SAN VICENTE, INMACULADA HERNÁNDEZ BELMONTE, ELIZABETH RIOS MOLINA, JESUS ASUNCIÓN SAN VICENTE, ANA BELÉN VALERO MERLOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 82 años que sufre una caída en su habitación tras un mareo con pérdida de consciencia de 15 minutos con disartria, desorientación y pérdida de fuerza en MMII.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la llegada a urgencias la exploración física: buen estado general, consciente, orientado en tiempo y espacio, glasgow 15/15, no rigidez de nuca, no focalidad motora o sensitiva en extremidades, no alteraciones en pares craneales, bien hidratado, bien perfundido y afebril. AC rítmica sin soplos, AR mv conservado en ambos campos, sin ruidos sobreagregados, MMII sin edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias: EKG, analítica con hemograma y bioquímica sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Síncope y TCE leve. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En este caso, con los resultados clínicos no se plantea diagnóstico diferencial alguno.

PLAN DE CUIDADOS: Continuar con su tratamiento habitual, seguimiento por MAP y estudio de síncope, y acudir a urgencias si empeoramiento. Se entrega en mano recomendaciones para TCE como son: acompañamiento y observación por otra persona las primeras 24 horas, reposo relativo evitando luces y ruidos intensos, no ingerir alcohol ni tranquilizantes, es normal que aparezca dolor de cabeza durante las primeras 24/48 horas y tomar la medicación analgésica preescrita.

CONCLUSIONES: El TCE es un impacto súbito, que involucra al cráneo y alguna otra superficie, que trae como consecuencia lesiones físicas, manifestándose en el deterioro de las funciones neurológicas de grado variable dependiendo del grado de la lesión. Los TCE con puntuaciones en la escala de Glasgow de 13 a 9 se clasifican como moderados. Una observación continuada es clave para que el estado del paciente no empeore, pudiéndonos anticipar a eventos que cuesten una agravación. En este punto la Enfermería juega un papel esencial, ya que son ellos los que permanecen al lado del paciente valorando continuamente y otorgando cuidados que son clave para la recuperación o el no empeoramiento del estado del paciente.

PALABRAS CLAVE: DISARTRIA, CAÍDA, PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, PÉRDIDA DE FUERZA EN MMII.

HERIDA EN EL SEGUNDO DEDO DE LA MANO DERECHA TRAS SUFRIR UNA CAÍDA

MARÍA DEL CARMEN VALLE CRUZ, GLORIA MARÍA RAMOS VENEGAS, JUANA MARIA GUERRERO ROJAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 56 años de edad que acude a urgencias de atención primaria por herida en el segundo dedo de la mano derecha, tras sufrir una caída. Alérgico a las penicilinas. No hábitos tóxicos. Inmunización correcta, con antitetánica hace un año.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Según las 14 necesidades básicas de V. Henderson, se ven afectadas las siguientes necesidades; Dormir/Descansar: Alterado por el dolor Vestirse/Desvestirse: Alterado por la limitación funcional. Higiene/Integridad de la piel y mucosas: la integridad de la piel se ve afectada por la herida y por el vendaje. Seguridad: El paciente refiere angustia en relación al dolor. Aprendizaje: manifiesta interés para detectar signos y síntomas de complicaciones de la herida (infección).

JUICIO CLÍNICO: Los problemas que presenta el paciente es el riesgo de infección de la herida y el dolor que pueda tener. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel y/o destrucción tisular) m/p herida.

PLAN DE CUIDADOS: Voy a desarrollar los objetivos y las intervenciones en función de los diagnósticos encontrados en el paciente: NOC (Objetivos): Control de los signos y síntomas de infección Conducta de vacunación correcta: Cumplir las vacunaciones para la edad (antitetánico hace un año). NIC (Intervenciones): Protección contra las infecciones: Inspeccionar existencia de enrojecimiento o calor de la piel. Control de infecciones: Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuadas. Mantener una técnica estéril al realizar la cura de la herida. Enseñanza de la enfermedad: Proporcionar información al paciente acerca de la evolución de la herida.

CONCLUSIONES: A la semana se valora la evolución y se decide la retirada de los puntos de sutura pues la cicatrización ha sido correcta y no había indicios de signos de infección.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, DEDO, CAÍDA, INFECCIÓN.

PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN LA TERCERA EDAD

MARIA DEL CARMEN GARRIDO ORTEGA, MARIA ANTONIA QUEVEDO.ROMERA, ANA GÀMEZ LÒPEZ

INTRODUCCIÓN: La tercera edad es propicia a sufrir caídas en mayor medida dentro de su domicilio más que en la calle. Muchas veces, se debe a diferentes tipos de alteraciones del organismo como trastornos en el equilibrio, hipotensión arterial, cuando se producen cambios bruscos de postura y trastornos visuales entre otros. También puede generarse por alteraciones en la ubicación del mobiliario, por la falta de iluminación o simplemente por algún desnivel en el suelo.

OBJETIVOS: Detectar y prevenir, estudiar y clasificar las posibles caídas que pueden ocasionarse en la tercera edad.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo un estudio bibliográfico en las principales bases de datos: Scielo y Dialnet. Los filtros implantados para la búsqueda fueron: Artículos con acceso a texto completo y en Español, se aplicó un periodo temporal desde (2012 – 2018).

RESULTADOS: Los resultados de esta revisión, señalan que las caídas constituyen una causa importante de lesiones (4-8% de fracturas), de incapacidad e incluso de muerte en los ancianos (siendo la causa principal de muerte por lesiones en mayores de 65 años) y son indicador importante en geriatría al definir el anciano susceptible de estas.

CONCLUSIÓN: En la tercera edad, se tiene más dificultad para conservar la estabilidad, ya que la conservación de la postura precisa de mecanismos complejos en los que participa el sistema nervioso, cardiovascular, musculoesquelético y sensorial. Con el envejecimiento se pierden las respuestas protectoras reflejas, como la extensión de manos y brazos. Hay que prestar atención al suelo y a la iluminación de los espacios donde se muevan, haciendo una prevención y disminuyendo así el problema sanitario que generan y evitando que puedan ser mas graves sus problemas de salud.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, PREVENCIÓN, SALUD, INCAPACIDAD, LESIONES.

FRACTURA DE CADERA EN ANCIANO POR CAIDA

GLORIA LOPEZ-COZAR GAMIZ, JOSE ANTONIO LÓPEZ-CÓZAR GÁMIZ, CRISTINA MATEOS GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 85 años de edad con antecedentes de HTA, Diabetes Mellitus, osteoporosis y depresión. En tratamiento con Enalapril, Metformina, Fluoxetina, Calcio y Lormetazepam. Acude al servicio de urgencias tras caída accidental en el domicilio sobre cadera derecha, con dolor intenso e impotencia funcional.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente tiene buen estado general, bien hidratado, perfundido y normocoloreado, Glasgow 15, aúpnico. Con hematoma local a nivel de cadera derecha con dolor, rotación externa e impotencia funcional. Resto de la exploración dentro de la normalidad. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación y radiografía de pelvis (AP y lateral): se observa fractura subcapital de fémur derecha.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de cadera derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza colocación de prótesis parcial de cadera derecha monopolar con vástago cementado con vía de abordaje transglútea de Bauer, la intervención cursa sin incidencias.

PLAN DE CUIDADOS: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. NIC 3540 Prevención de las úlceras por presión. NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 00004 Riesgo de infección. NIC 3590 Vigilancia de la piel. NOC 1902 Control del riesgo. 0085 Deterioro de la movilidad física. NIC 0202: Fomento de ejercicios: extensión, NOC 0208: Nivel de movilidad.

CONCLUSIONES: El 90% de las fracturas de cadera ocurren en mayores de 64 años. La prevalencia de fractura va en aumento en los últimos años. Es un problema de salud pública importante por su frecuencia y su alto coste económico. Producen una gran discapacidad funcional con pérdida de movilidad y autonomía. Muchos de estos pacientes no llegan a recuperar la independencia que tenían. El paciente finaliza el postoperatorio sintiéndose bien. Es dado de alta con analgésicos regulares y HBPM 3500 al día. Puede caminar con ayuda de andador. Se le realizarán curas locales de la herida en su centro de salud y retirada de puntos. Se recomienda revisión en 4 semanas para RX de control.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, CADERA, EDAD, CAIDA.

PREVALENCIA DE CAÍDAS DEL MISMO NIVEL EN TRABAJADORES NO SANITARIOS

HICHAM EL FEJRI SYMMMADE, SARA SALOR BÚRDALO, AMIDDA KAJJAL SAHLI

INTRODUCCIÓN: Las caídas durante el desempeño de la práctica laboral, es uno de los accidentes más comunes. Las caídas pueden denominarse de dos maneras diferentes, las llamadas del mismo nivel y las llamadas de distinto nivel; siendo las primeras generadoras de un gran número de bajas laborales debido a su prevalencia. Se llaman caídas del mismo nivel a aquellas caídas que se tienen en el lugar de paso, en una superficie de trabajo y a las caídas sobre o contra objetos.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de caídas de mismo nivel producidas en un grupo de trabajadores de un hospital.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de prevalencia retrospectivo. Para ello se realizó una entrevista con un grupo de trabajadores no sanitarios para conocer el número de caídas que habían sufrido durante el año 2017 mientras ejercían su trabajo.

RESULTADOS: Tras las entrevistas a los 25 trabajadores, de los cuales 19 (76%) eran mujeres y 6 (24%) eran hombres, se obtuvo una media de 3 caídas anuales por trabajador/a; de las cuales algo menos de la mitad requirieron de una baja laboral de al menos 5 días.

CONCLUSIÓN: La prevención del riesgo de caídas es fundamental en el ambiente de trabajo, ya que estos tipos de accidentes suelen ser muy comunes y pueden entrañar una alta peligrosidad provocando lesiones importantes en la salud del trabajador. Es por ello que un buen calzado y el cumplimiento de las normas de seguridad laboral han de ser conocidas y llevada a cabo por todos los trabajadores para evitar males mayores.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, ACCIDENTAL, MISMO NIVEL, TRABAJADORES.

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON RIESGOS DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS

ELISA BOLÍVAR GILPÉREZ, PEDRO MANUEL ILLANES GARCIA, VERÓNICA GALINDO CANTILLO

INTRODUCCIÓN: La seguridad de los pacientes se ha convertido en un tema importante para los sistemas de salud a nivel mundial. Todos los pacientes ingresados pueden ser candidatos a sufrir una caída ya sea por factores personales o ambientales con diferentes consecuencias y niveles de gravedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caída como: “La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo contra su voluntad”.

OBJETIVOS: Analizar la incidencia de caídas y sus secuelas en la población hospitalizada de alto riesgo. Identificar la cultura de seguridad entre profesionales, pacientes y familiares.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en base de datos: Cochrane, Pubmed, Scielo, artículos académicos.

RESULTADOS: Tras revisar varios estudios se observa la importancia de identificar a los pacientes con mayor riesgo de caídas, evaluando desde su ingreso: Factores intrínsecos (relacionados con el paciente). Factores extrínsecos (son aquellos relacionados con el entorno del paciente y los factores derivados del tto farmacológico). Realizando la escala Dowton, que tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 ó 1. Cuando el resultado de la escala es de tres o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída.

CONCLUSIÓN: Es fundamental establecer protocolos de prevención de riesgos de caídas en pacientes hospitalizados desde su ingreso para así disminuir su incidencia y complicaciones derivadas de la misma.

PALABRAS CLAVE: RIESGO DE CAÍDAS, FACTORES DE RIESGO, CAÍDAS, ENFERMERÍA.

ERGONOMÍA FUNCIONAL EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y EN EL HOGAR PARA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS

KIMBERLY RAMON COSTA, JOAN SANCHO POLO, PALOMA ALMAGRO GARCIA, ESTELA MARÍA PARDOS GASCON, ELSA NAVARRO ROMAN, LAURA SÁNCHEZ MOÑINO, VANESA ESCUDERO CAMPILLO, ISRAEL HUERTAS PATON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 63 años con osteoporosis temprana. Caedor de repetición ha desarrollado temor a salir del domicilio imposibilitándola tareas como: comprar, subir escaleras o fregar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Test Barthel: 95 puntos, dependencia escasa. Escala de Lawton y Brody: 7 puntos, el ítem en donde presenta la paciente una mayor dependencia es a la hora de realizar las compras. Test FIM: Es independiente, exceptuando el vestido de la parte inferior, las transferencias a la cama/silla o silla de ruedas, transferencia al baño y transferencia a la ducha o bañera en donde necesita una mínima asistencia o supervisión.

PLAN DE CUIDADOS: Técnicas de Higiene Postural: Para prevenir o mejorar lesiones músculo-esqueléticas derivadas de posturas estáticas y movimientos incorrectos, movimientos repetitivos o sobrecargas musculares. Técnicas de ahorro energético (en cocina, aseo, dormitorio, pasillo y salón) y prevención de caídas. Uso de productos de apoyo: Para facilitar la realización del vestido de los miembros inferiores y la realización de las compras.

CONCLUSIONES: Se ha conseguido que la paciente sea capaz de mantener el equilibrio, camine empleando un patrón de marcha adecuado, suba escaleras sin fatigarse y de manera segura, a través del uso de técnicas de ahorro energético. Reduciendo así el número de caídas y consiguiendo de esta forma que sea capaz de vencer el miedo a caerse. Además, ha logrado tener menos dolores y molestias en los miembros inferiores y ha mejorado la movilidad funcional de la usuaria. Consiguiendo de esta manera un aumento de la calidad de vida. Sin embargo, no se han podido conseguir todas las adaptaciones del entorno que hemos considerado necesarias debido a la falta de recursos económicos y temporales.

PALABRAS CLAVE: OSTEOPOROSIS, TERAPIA, TRATAMIENTO, ERGONOMÍA.

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR ANTE EL RIESGO DE CAÍDAS

YOLANDA MARTINEZ ESTEBAN

INTRODUCCIÓN: Las caídas que sufre la población atendida en el ámbito sanitario representa un problema común persistente con grandes consecuencias, tanto físicas como psicológicas, provocando restricciones en la movilidad y repercusiones sociales y económicas tanto para el sistema de salud como para los pacientes. Se estima que un tercio de las personas mayores de 65 años y la mitad de las personas mayores de 80 años sufren al menos una caída al año por lo que se hace importante tomar las precauciones oportunas dentro del sistema sanitario.

OBJETIVOS: Identificar el riesgo antes de que sea demasiado tarde. Analizar la bibliografía acerca de la disminución de las incidencias de caídas en los centros hospitalarios.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Aumento de la seguridad tanto del paciente como de sus familiares. Reducción del porcentaje de caídas. Las caídas en función del riesgo se dividen en: extrínsecas, intrínsecas. Debemos utilizar medidas preventivas como comprobar el frenado de la camilla, etc.

CONCLUSIÓN: Se evidencia la importancia de la labor del celador como profesional del sistema de salud en la prevención de riesgos de caídas, por su contacto directo con el paciente tanto en la recepción como en traslados, movilización, deambulación... Garantizando una mayor seguridad durante su estancia en el hospital.

PALABRAS CLAVE: CELADOR, RIESGO, POBLACIÓN, CAÍDAS.

CAUSAS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

LUCÍA RODRÍGUEZ GARCÍA, GLORIA PICHARDO SOLVES, MARIA CRISTINA PICHARDO FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Una caída accidental es un movimiento repentino, no intencionado, del cuerpo hacia el suelo u otra superficie. Las caídas de los enfermos son un hecho real que constituyen un problema real y potencial de salud. El papel de enfermería es muy importante en la prevención de las caídas ya que es un personal que permanece en continuo contacto con el paciente.

OBJETIVOS: Identificar las causas principales por las que se producen caídas en personas mayores. Comprobar qué medidas de prevención son efectivas en las caídas.

METODOLOGÍA: La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos: "CINAHL", "Google académico", "CUIDEN" y "COCHRANE". Como descriptores hemos utilizado los términos "anciano", "caídas", "riesgo de caídas" y "prevención".

RESULTADOS: Las principales causas por las que se producen caídas en los hospitales son: Edad: a mayor edad mayor riesgo. Patologías: sobre todo las demencias tipo Alzheimer y Parkinson. Medicación: muchos de los medicamentos administrados en el hospital pueden provocar desorientación, somnolencia o pérdida del equilibrio. Postoperatorios: la anestesia puede provocar también en los pacientes desorientación. Las operaciones de fracturas suponen también un alto riesgo de caídas. Como estrategias de prevención destacamos la colocación correcta de medida de protección tales como barandillas, frenos en las camas, establecer programas de prevención comunes o establecer ítems para valorar los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos.

CONCLUSIÓN: Las caídas en personas mayores son un hecho común diariamente en los servicios de hospitalización a pesar de que existen numerosos protocolos y manuales estandarizados que incluyen estrategias preventivas. De ahí la necesidad de que continuamente se investigue y se actualice la formación de los profesionales sanitarios en este tema.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, RIESGO, PREVENCIÓN, HOSPITAL, ENFERMERÍA, ANCIANO.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

ISMAEL LÓPEZ BARBA, MARIA DOLORES RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ SÁNCHEZ GUIRADO

INTRODUCCIÓN: Las caídas constituyen uno de los llamados “síndromes geriátricos”, suponiendo uno de los principales problemas y motivo de pérdida funcional. Suponen una de las principales causas de lesión, incapacidad y muerte en este grupo por su frecuencia, consecuencias físicas, psicológicas y económicas. Los ancianos institucionalizados son más propensos a sufrir caídas, puesto que presentan mayor fragilidad e incapacidades funcionales, menor flexibilidad, equilibrio y peor estado físico. Por esto es imprescindible la investigación en torno a la prevención de este problema.

OBJETIVOS: Conocer los factores intrínsecos y extrínsecos para desarrollar unas adecuadas medidas de prevención de caídas en pacientes institucionalizados.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de publicaciones científicas. Bases de datos consultadas fueron Medline, Cinhal y Enfispo. Descriptores: “caídas”, “prevención”, “institucionalizados”, “ancianos”.

RESULTADOS: En cuanto a los factores intrínsecos y extrínsecos destacan las enfermedades agudas y crónicas, el uso de fármacos sedantes/antihipertensivos, y los cambios propios de la edad (marcha, equilibrio, etc.). Medidas de prevención: Factores Intrínsecos: - Sustitución/supresión si es posible de fármacos hipotensores. - Educación sobre uso de hipnóticos/sedantes, medidas no farmacológicas y medicamentos con vida media-corta. - Observar modificaciones en el nivel de conciencia. - Tener en cuenta los déficits sensorceptivos, así como el estado físico. Factores Extrínsecos: - Utilizar adecuados sistemas de apoyo (bastón, andador, etc.). Establecer revisiones periódicas de estos. - Ejercicios de equilibrio y resistencia de desarrollo progresivo. - Cuidado diario de pies, durezas y deformidades. Acudir al podólogo y usar plantillas. - Correcciones protésicas o quirúrgicas. - Situar interruptores de luz de forma accesible, en entrada de habitaciones. - Proporcionar luz ambiente en baño, pasillo y dormitorio. - Evitar suelos deslizantes. Evitar alfombras, y si las hubiera con los bordes y esquinas adheridos al suelo. Eliminar objetos y cables del suelo.

CONCLUSIÓN: Tras la revisión bibliográfica, concluimos que las medidas propuestas tienen como objetivo la prevención de caídas en personas mayores institucionalizadas.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, PREVENCIÓN, ANCIANOS, INSTITUCIONALIZADOS.

REVISIÓN NO SISTEMÁTICA SOBRE EL ANCIANO FRÁGIL Y CAÍDAS

MARIA RUIZ DIAZ, ANTONIO PRIETO MOLINA, ANA ISABEL NUÑO REDONDO

INTRODUCCIÓN: Es necesario detectar e intervenir sobre la fragilidad y el riesgo de caídas en las personas mayores, considerándose este un medio para evitar o retrasar en la medida de lo posible el deterioro funcional. Las enfermeras deben utilizar herramientas para abordar el proceso de atención al anciano frágil. Esta revisión indagará en la literatura sobre eventos adversos en pacientes frágiles.

OBJETIVOS: Analizar el término fragilidad. Revisar bibliografía respecto a los términos indicados en el estudio.

METODOLOGÍA: Se plantea una pregunta PECO, donde la P serían pacientes de 70 años o más, E anciano frágil, C anciano no frágil y O sufrir una caída hospitalaria. ¿En pacientes ancianos de 70 años o más hospitalizados existe un mayor riesgo de sufrir una caída en los ancianos catalogados como frágiles frente a los no frágiles? Además llevamos a cabo una revisión sistemática acerca de la temática.

RESULTADOS: Tras búsqueda tanto en bases de datos, guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y metabuscadores no se encuentran artículos que estudien la asociación de los pacientes ancianos frágiles con las caídas hospitalarias frente a los ancianos no frágiles. Lo cual indica que sería un tema muy interesante para diseñar un estudio tanto retrospectivo como prospectivo sobre dicha relación.

CONCLUSIÓN: La gran variabilidad de marcadores para el diagnóstico de fragilidad, la inexistencia de una herramienta validada para dicho diagnóstico, la falta de consenso a la hora de acuñar el término de fragilidad, explican claramente la dificultad que ha encontrado la autora de esta revisión no sistemática para encontrar evidencia con respecto a la respuesta de su pregunta de investigación planteada al inicio del estudio.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, FRAGILIDAD, CAÍDAS, CAÍDAS HOSPITALARIAS.

RIESGOS DE CAÍDAS EN EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS

JUAN PEREZ FUENTES, LORENA SANCHEZ FUENTES, CLEMENTE GARCIA PARRA

INTRODUCCIÓN: Las caídas se definen como un acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo u otra superficie firme. Se considera un importante problema de salud pública y, por lo tanto, es importante detectar a los pacientes de riesgo. Se ha elaborado un plan para prevenir, detectar y actuar ante las caídas.

OBJETIVOS: Analizar los factores de riesgo de las caídas. Determinar la escala de riesgo de caídas más habituales.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y estandarizada de artículos y publicaciones en revistas científicas en diferentes bases de datos como Cuiden, Cochrane y Scielo. Los descriptores utilizados fueron; caídas, prevención, factores de riesgo etc.

RESULTADOS: Los principales factores de riesgo son extrínsecos e intrínsecos. Extrínsecos: Ambientales; iluminación, suelo resbaladizo. Del entorno; unidad asistencial, altura de camas, tamaño de barandillas etc. Intrínseco: Del propio paciente; edad, caídas previas. De la enfermedad; dolor, patología neurológica, respiratoria. Derivadas del régimen; diuréticos, tranquilizantes. La escala mas utilizada para valorar el riesgo de caídas es J. H. Downton. En ella se recoge algunos de los factores de mayor incidencia en el riesgo de caídas. El corte se sitúa en la puntuación de 3, que representa riesgo alto de caídas.

CONCLUSIÓN: Es muy importante que todo el personal conozca los factores de riesgo de caídas y utilice escalas de valoración para una correcta prevención. El desconocimiento supone un grave riesgo, ya que más del 80% de los efectos adversos en pacientes hospitalizados está relacionado con las caídas.

PALABRAS CLAVE: CAÍDA, FACTORES, PROFESIONALES, RIESGO.

INESTABILIDAD POSTRAUMÁTICA: DESPISTAJE DE LESIONES EN COLUMNA VERTEBRAL CON COMPROMISO MOTOR

LUCIA RISUEÑO BONILLA, FERNANDA CHACÓN RECHE, MARIA DEL CARMEN LLORIS MORALEJA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Antecedentes personales: HTA en tratamiento. Enfermedad actual: Paciente de 53 años que acude por inestabilidad y pérdida de fuerza en ambas extremidades que le dificultan la deambulación desde hace 3 semanas, no disartria, no relajación de esfínteres, no fiebre. Refiere caída accidental con traumatismo dorsal hace meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: TA: 117/75 FC: 110 lpm T°: 36,5°C SatO₂ 95% BEG, normohidratada no signos septicos ACR: tonos rítmicos sin ruidos sobreñadidos SNC: pir, pares craneales conservados, no disimetrías, inestabilidad para mantenerse en pie, fuerza en extremidades inferiores 3/5, reflejos cutáneos indiferentes. Pruebas complementarias: AS: urea 56 creatinina 0,99 na 137 k 3,6 pcr 20 Hb 12,3 leucocitos 8.000 Coagulación normal. TAC cráneo: dentro de la normalidad. RMN columna vertebral: se visualizar aplastamiento de D8 con protusión posterior hacia el canal raquídeo, del disco y del hueso comprimiendo el saco dural y la médula.

JUICIO CLÍNICO: Aplastamiento de D8 traumática. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ACV Síndrome de Guillain Barré. Hemorragia cerebral.

PLAN DE CUIDADOS: La paciente fue intervenida realizándose una artrodesis cementada en vértebra afectada con posterior traslado a unidad de Rehabilitación de parapléjicos para continuar cuidados y evolución.

CONCLUSIONES: Las caídas son un motivo muy frecuente en las consultas. Una adecuada anamnesis y una completa exploración serán pilares fundamentales para detectar lesiones de forma precoz y pautar un tratamiento para evitar complicaciones futuras. Los traumatismos en columna vertebral es una patología a tener en cuenta debido a las graves repercusiones que pueden originar, como en el caso de esta paciente, la exploración y las pruebas de imagen determinarán el comportamiento terapéutico teniendo en cuenta que para la prevención de futuras lesiones debemos recomendar actividad física con el objetivo de mejorar la propiocepción postural y el fortalecimiento músculo-esquelético.

PALABRAS CLAVE: CAIDA, COLUMNA VERTEBRAL, DESPISTAJE, FRACTURA.

CAÍDA EN PACIENTE MUJER DE 82 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

IGNACIO INIESTA-PINO ALCÁZAR, ELENA DEL CARMEN MARTÍNEZ CÁNOVAS, EMMA MUÑOZ PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 82 años que acude a Urgencias a las 4 am porque durante la noche se ha despertado para ir al baño, ha tropezado y se ha golpeado en la cabeza sin saber concretar si ha perdido el conocimiento. La encuentra el familiar sin saber determinar cuánto tiempo ha pasado desde la caída, sentada en el suelo por incapacidad para levantarse por sus propios medios. La mujer es autosuficiente para actividades de la vida diaria estando acompañada durante la noche por familiares que duermen con ella por turnos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física presenta: Herida inciso-contusa en zona supraciliar derecha ACP: rítmico con soplo sistólico, ambos pulmones bien ventilados. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. MMII: sin edemas. Exploración neurológica: habla coherente y fluida, consciente y orientada en las 3 esferas. Pares craneales sin focalidad neurológica. Fuerza conservada, marcha con pequeñas alteraciones que su familiar describe como propias.

JUICIO CLÍNICO: Caída con hematomas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Las principales complicaciones que podrían haber surgido de este episodio son: hematoma epidural, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea y fracturas.

CONCLUSIONES: Durante su estancia en urgencias permaneció asintomática en todo momento requiriendo curas locales de herida inciso contusa. Debido a la incapacidad de determinar si había experimentado pérdida de conocimiento y dada la edad de la paciente se realiza TC cerebral. El cual es informado como normal. Tras explicar protocolo de vigilancia neurológica se decide alta a domicilio. La población anciana tanto por envejecimiento como por polimedicación es más susceptible a episodios de sangrado, presentando además comorbilidades que en complican la intervención en caso de que fuera necesaria. En pacientes ancianos el riesgo de caídas ha de ser tenido en cuenta pero además de la implicación familiar hemos de educar al propio paciente. Ha de entender los riesgos propios de la caída y que las consecuencias de la misma pueden ser graves.

PALABRAS CLAVE: CAIDAS, VEJEZ, DEPENDENCIA, EDUCACIÓN.

ENFERMERÍA COMO EDUCADORA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

ANGELA ARRIAZA MONREAL, ERIKA SANCHO PEREZ, LAURA FONTANILLA COBANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 82 años que acude a urgencias en ambulancia tras haber sufrido una caída en su casa. Llamó a urgencias a través del botón de teleasistencia que lleva colgado. Vive con su marido de 83 años, delicado de salud nos refiere, que en ese momento no se encontraba en casa, tiene dos hijos pero viven fuera. Independiente y autónoma para las AVD. AP: Diabetes Mellitus tipo 2, HTA y osteoporosis. A su llegada refiere dolor en miembro inferior izquierdo con imposibilidad para la deambulación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada se realiza pruebas de imagen (RX) con visualización de fractura de cuello femoral, toma de constantes TA 180/90, FC 62 lpm, T° 36,9, FR 15 rpm. Además se toman muestras sanguíneas para pruebas bioquímicas y hematológicas.

JUICIO CLÍNICO: Deterioro de la movilidad física relacionado con la pérdida de la integridad ósea y disminución de la fuerza manifestada por la imposibilidad de realizar las AVD. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos en la anamnesis y según el resultado del diagnóstico médico se prevé un deterioro de la movilidad ante la dificultad para la deambulación y realización de AVD y el escaso apoyo familiar.

PLAN DE CUIDADOS: Tras la intervención quirúrgica con reemplazo parcial de metal (prótesis) se le darán a la paciente pautas de adaptación en el hogar para prevenir el riesgo de caídas. Además se hará una derivación a servicios sociales, ante el escaso apoyo familiar, para un seguimiento del correcto tratamiento y rehabilitación.

CONCLUSIONES: Las fracturas de cuello femoral son típicas en pacientes con osteoporosis y avanzada edad por lo que el mejor tratamiento es la prevención a través de dieta rica en calcio y vitamina D y medicación específica además de reducir las barreras arquitectónicas y la adaptación del hogar con barandillas, sustitución de bañera por plato de ducha, evitar la colocación de alfombras etc.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, ENFERMERÍA, EDUCAR, PREVENCIÓN, CAÍDA.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: ESCALA TINETTI VERSUS TIME UP AND GO

FRANCISCA FERNANDEZ HERREROS, ELISA MORENO MOLERO, BEATRIZ LABRADO SUÁREZ

INTRODUCCIÓN: Dentro de los grandes síndromes geriátricos las caídas ocupan un lugar preponderante. Existen diversos test sencillos y fáciles de aplicar para detectar riesgo de caídas en pacientes ancianos. Entre ellos, los más utilizados son el test del equilibrio y la marcha de Tinetti y el test de Time Up & Go.

OBJETIVOS: Resumir y evaluar críticamente la evidencia sobre los test Tinetti y el test de TUG para evaluar el riesgo de caídas.

METODOLOGÍA: La búsqueda bibliográfica se realizó en junio 2017. Ha sido realizada siguiendo los niveles de mayor evidencia mediante la combinación de las diferentes palabras clave en diferentes matabuscadores, bases de datos y buscadores de evidencia en español y en inglés: Cochrane Library, Science Direct, EMBASE, PubMed y Web of Science.

RESULTADOS: Seleccionamos cinco artículos que responden a nuestra pregunta PICO planteada. En todos ellos hemos encontrado concordancia en las conclusiones, dando al Time Up & Go como ganador en su comparación con Tinetti, por su buena correlación entre los resultados y su capacidad de predecir caídas y por su velocidad a la hora de aplicarlo.

CONCLUSIÓN: Sobre los test de Tinetti y Time Up and Go, queda patente la sensibilidad y la especificidad de ambas escalas. La más extendida en su uso y la más conocida por los profesionales sanitarios sea Tinetti. Sin embargo, en casi todos los artículos consultados coinciden en indicar que Time Up and Go muestra un mayor valor diagnóstico a la hora de evaluar el riesgo de caídas.

PALABRAS CLAVE: CAÍDAS, ESCALA TINETTI, ESCALA TIME UP AND GO, PREVENCIÓN.

TRAUMATISMO ABDOMINAL EN UN VARÓN JOVEN

SUSANA HIDALGO FERNÁNDEZ, BEATRIZ LÓPEZ MOLINA, VÍCTOR JOSÉ DÍAZ PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 29 años, acude tras golpe en la parte izquierda, refiere molestias y tiene una contusión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No se aprecia hematoma ni hinchazón en la zona referida. Molestias locales a la palpación. Exploración abdominal normal. TA de 127/82 mm de Hg. Las Rx de tórax y abdomen no muestran patología. Ante la exploración, se recetan aines locales, sin dar calmantes para no enmascarar ningún cuadro clínico. A los 5 días, vuelve a consulta por presentar febrícula y deposiciones diarreicas. TA 127/78 mm de Hg. Abdomen blando y depresible. Sin puntos dolorosos. Se remite al hospital para descartar una posible rotura esplénica.

JUICIO CLÍNICO: Una vez confirmada la presencia de líquido, se da por hecho que tiene una rotura de la cápsula esplénica. TA mantenida. Desde el periodo de la exploración ecográfica, hasta la subida al quirófano el paciente empeora con rapidez, apreciándose abombamiento abdominal, disminuyendo la TA y aumentando el ritmo cardíaco, siendo el pulso más débil. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En el Hospital se le realiza ecografía la cual confirma presencia de líquido libre.

PLAN DE CUIDADOS: Dieta absoluta por ahora. Se le coloca drenaje. Cura de puntos de sutura. Control de diuresis.

CONCLUSIONES: Se practica laparotomía con urgencia, apreciándose gran cantidad de sangre en cavidad abdominal (4 litros medidos en aspirador).

PALABRAS CLAVE: CONTUSIÓN, TENSIÓN ARTERIAL, LAPAROTOMÍA, HEMATOMA.

POSIBLES COMPLICACIONES DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

MARIA DEL MAR PALANCA CRUZ, BEATRIZ HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, RAQUEL RAMON GARCIA

INTRODUCCIÓN: Es la alteración en la función neurológica u evidencia de patología cerebral consecuencia de un Traumatismo que ocasione daño físico en el encéfalo. “Una afectación del cerebro causado por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo” El traumatismo Craneoencefálico (TCE) es la causa más común de muerte en gente joven menores de 25 años y de discapacidad, siendo tres veces más frecuentes en varones que en mujer.

OBJETIVOS: Analizar las consecuencia y posibles complicaciones de Traumatismo Craneoencefálico para conocer a los problemas que podemos encontrarnos.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas de TCE asociadas a estos, en los últimos cinco años. Como base de datos consultada, utilizamos PubMed y Google scholar. La busca se limitó 2012- 2018. Se utilizaron como descriptores “Traumatismo Craneoencefálico” y “Emergencias”, como criterios de inclusión artículos de los últimos 6 años, de idioma en inglés o castellano y como motivo de exclusión aquellos artículos que no tengan que ver con el objeto de este estudio, dando como resultado un total de 3 artículos.

RESULTADOS: Nos encontramos con lesiones secundarias: -Intracraneales: Aumento de la presión intracraneal, reducción del flujo sanguíneo cerebral, reducción de la presión de perfusión cerebral. - Extracraneales: Hipotensión arterial/shock, hipoventilación, hipoxemia, hipertermia e hipotermia.

CONCLUSIÓN: El tratamiento actual se basa en la prevención de la lesión primaria, la atención especializada en tiempos adecuados en el lugar del incidente y durante el transporte, los protocolos de manejo en UCI especializada, el control de los mecanismos de lesión secundaria y la utilización precoz de la cirugía. El manejo prehospitalario y a su ingreso en el hospital debe dirigirse a minimizar la aparición de lesión secundaria mediante la estabilización del paciente y la realización de tomografía (TC) cerebral urgente.

PALABRAS CLAVE: TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO, CAIDAS, LESIONES SECUNDARIAS, COMPLICACIONES, TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

PILATES TERAPÉUTICO EN PERSONAS MAYORES DE 70 AÑOS CON RIESGO DE INMOVILISMO: SÍNDROME GERIÁTRICO

MARAVILLAS RUIZ DE MAYA, ANA MARIA FERNANDEZ JIMENEZ, MARÍA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ALARCÓN, MARIA CARMEN MARTINEZ MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: Al envejecer se produce una limitación en las actividades desarrolladas de forma fisiológica por los sistemas del organismo y que pueden hacer al anciano más sensible a factores externos. Las principales causas de inmovilidad en el adulto mayor son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos. Además, con el paso de los años se producen una serie de cambios fisiológicos que contribuyen a disminuir la movilidad y por lo tanto el aumento de caídas.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia del Pilates para aumentar la fuerza, disminuir el dolor, mejorar el equilibrio.

METODOLOGÍA: Se seleccionaron a veinte personas, a diez de ellas se les aplicó dos veces por semana un programa de Pilates terapéutico aplicado por un fisioterapeuta y a las otras diez se les aplicó un programa de estiramientos. Se aplicó la escala EVA y TINETTI antes y después. Se realizó el estudio durante tres meses.

RESULTADOS: A las diez personas a las que se les aplicó el método Pilates, tuvieron unos resultados mejores en EVA y TINETTI, y aumento de la fuerza. Reduciendo así el riesgo de caídas, uno de los grandes problemas en estas edades. El resto no tuvieron cambios significativos.

CONCLUSIÓN: La aplicación de Pilates terapéutico en personas con riesgo de inmovilidad mayores de 70 años de forma personalizada y aplicada por un fisioterapeuta, mejora la calidad de vida de estas personas.

PALABRAS CLAVE: INMOVILISMO, CALIDAD DE VIDA, HIGIENE POSTURAL, SÍNDROME GERIÁTRICO, PILATES TERAPÉUTICO.

