

**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.



# PATOLOGÍA EN LA VEJEZ

<b>MANEJO ENFERMERO EN EL PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR</b> .....	<b>7</b>
RAÚL GARCÍA JÓDAR, MARIA DEL CARMEN SOTO ROSA, ESMERALDA SABORIDO DOMÍNGUEZ	
<b>TÉCNICAS DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL RIESGO DE PADECER ALZHEIMER</b> .....	<b>8</b>
JENNIFER RUIZ MORENO, MARIA DEL CARMEN AFAN VÁZQUEZ, MONTSERRAT CHAO LOPEZ	
<b>ANÁLISIS DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA DIABETES</b> .....	<b>9</b>
MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ, JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES, ALICIA BALTASAR SOLER	
<b>DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO EN PACIENTE CON ANGIODISPLASIA GÁSTRICA</b> .....	<b>10</b>
LAURA GÁLVEZ HERNÁNDEZ, ALICIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ CARVAJAL	
<b>EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL BAÑO DEL RECIÉN NACIDO</b> .....	<b>11</b>
PATRICIA GONZALEZ NUÑEZ, MARIA INMACULA LAY DUQUE, CARMEN RAMOS SANTOS	
<b>PROTOCOLO SOBRE LOS CUIDADOS A PERSONAS CON ALZHEIMER</b> .....	<b>12</b>
NATALIA VEGAS NAVAS, VERONICA ORTIZ BERMUDEZ, MARÍA JOSE CANO VALENCIA	
<b>PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO</b> .....	<b>13</b>
MARIA LUISA MARIN VINUESA, NATALIA MARIN LOPEZ, JUAN JESUS BARBA CORDOBA	
<b>ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS A LA ETAPA GERIÁTRICA</b> .....	<b>14</b>
RUBEN GOMEZ CRESPO, MARIA DOLORES CRESPO RODRIGUEZ, ROSA MARIA LOPEZ CASTILLO	
<b>ABORDAJE SOBRE TUMOR CEREBRAL EN VARÓN DE 84 AÑOS</b> .....	<b>15</b>
PABLO MIGUEL TORRES, PABLO MARTÍN HERNÁNDEZ, LAURA MARTINEZ ROLDAN	
<b>ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA</b> .....	<b>16</b>

ISABEL MARIA FERNANDEZ LOPEZ, MARINA MARÍN RAMOS, JUANA ESTHER  
SIMÓN SÁNCHEZ

**LAS CAÍDAS EN HOSPITALIZACIÓN: IMPACTO E INTERVENCIÓN DE  
ENFERMERÍA.....17**

JUAN MANUEL RODRÍGUEZ GÓMEZ, MARÍA INMACULADA RODRÍGUEZ  
ÁLVAREZ, MARIA JOSE MARTINEZ GARCIA

**ARTRITIS-HIDRATOS DE RODILLA CON POSIBLE DERRAME ARTICULAR .....18**

PATRICIA BARRANCO SALMERON, MARIA DOLORES CORTES CORTES, JUANA  
GALLARDO LARA

**IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL ...19**

PABLO SOLANA CLEMENTE, NATALIA SÁNCHEZ GALLEGO, ANA CECILIA  
TARRAGÚEL GRACIA

**EL SÍNDROME DE DIÓGENES EN EL PACIENTE ANCIANO .....20**

GRACIA SAYAGO PULIDO, INMACULADA GÓMEZ CÁRDENAS, FRANCISCA  
BUENO MOLINA

**IMPORTANCIA DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN LA ARTERIOPATÍA  
PERIFÉRICA .....21**

MARÍA JOSÉ PORTERO MIGUELES, FUENSANTA REYES LOPEZ ZEA, MANUELA  
MARTOS BRAVO

**REINFECCIÓN DE ORINA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ....22**

SONIA PLAZA MORENO, ORIOL BAETA CALONGE, SANDRA BELLVER  
FRUCTUOSO, ARIADNA CALVO VIVANCOS, MARÍA DE LAS MERCEDES FRANCO  
GUILLAMON, ALEXANDRA MAZUELA DOMINGUEZ, MIRIAM MAZUELA JIMENEZ,  
ROSA MARIA MORILLAS SERRANO, ANA ORTUÑO NÚÑEZ, LUIS PEREA SÁNCHEZ,  
SORAYA RODRIGUEZ ARIAS, MARIA PILAR VÁZQUEZ MATO

**BRONQUITIS AGUDA EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES PREVIO .....23**

LORENA LOPEZ REGUERA, RAUL ALMAGRO ORIHUELA, MIGUEL ANGEL  
URBANO LOPEZ

**EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON  
ALZHEIMER Y LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA.....24**

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ, JESUS MUÑOZ MARTIN, CRISTINA  
LOPEZ MELERO

**EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE CON TRAQUEOTOMÍA .....25**

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

<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO COMO FACTOR DE ÉXITO PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN .....</b>	<b>26</b>
CRISTINA BENITEZ MARIN, TANIA BUENO GÓMEZ, ANA COBOS GINES	
<b>PACIENTE CON DIABETES EN EL ANCIANO FRÁGIL .....</b>	<b>27</b>
MARIA DOLORES LAZO CAPARROS, LIDIA TORRES TITOS, YANDIRA NAVARRO TORTOSA	
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL VASCULORRENAL.....</b>	<b>28</b>
MARÍA JOSÉ MUÑOZ MORENO, ISABEL MARÍA MURILLO POZA, MARÍA LINAREJOS SANCHEZ RENTERO	
<b>MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA DIABETES MELLITUS .....</b>	<b>29</b>
SANDRA INMACULADA PEINADO HERAS, ASCENSION GUIJARRO LOPEZ, CRISTINA BUENO DE LAS HERAS	
<b>USO DEL WHATSAPP PARA FACILITAR LA ADHERENCIA A LOS MEDICAMENTOS EN LOS MAYORES .....</b>	<b>30</b>
MASSIMO COLOMBI, NURIA ARROYO MORA, JOSE LUIS DE BURGOS CARMONA	
<b>FACTORES DE RIESGO Y RECOMENDACIONES EN LA DESHIDRATACIÓN DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS .....</b>	<b>31</b>
ANTONIO JAVIER MARTINEZ RUIZ, ANA MARIA REYES CONSUEGRA, ANTONIO ANGEL ALBACETE ARMENTEROS	
<b>CUIDADOS ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.....</b>	<b>32</b>
PATRICIA GARCIA FERNANDEZ, CRISTINA JIMENEZ HERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN SERRANO RODRÍGUEZ	
<b>ATENCIÓN ENFERMERA ANTE UN PACIENTE CON ESTENOSIS POR CRECIMIENTO TUMORAL POR ENCIMA DE LA PRÓTESIS ESOFÁGICA.....</b>	<b>33</b>
OSCAR CORPAS AGUILERA, REBECA MARTIN REBOLLO, SOFIA PATON BECERRA	
<b>ATENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTE CON ÚLCERA POR PRESIÓN COMPLICADA .....</b>	<b>34</b>
OSCAR CORPAS AGUILERA, REBECA MARTIN REBOLLO, SOFIA PATON BECERRA	
<b>A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO .....</b>	<b>35</b>
JESSICA YESENIA VELOZ VERDUGO, ISABEL MARIA DE LOS RIOS BARBA, LUCÍA MARTÍNEZ ESCOBAR	
<b>FACTORES DE PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO .....</b>	<b>36</b>

VERONICA PEREZ SANCHEZ, MERCEDES ROMANA FERNÁNDEZ, JOSE  
ALEJANDRO SOLTERO SANTANA

**TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: LA DETECCIÓN DEL  
ALZHEIMER .....37**

LAURA JIMENEZ HEREDIA, PENELOPE MUÑOZ PAREJA, MARIA JOSE MARTIN  
SILVA

**IMPORTANCIA DEL VENDAJE COMPRESIVO MULTICAPA SOBRE LAS ÚLCERAS  
VENOSAS .....38**

NAZARET MARIA JIMÉNEZ VALENZUELA, INMACULADA JIMENEZ VALENZUELA,  
BEATRIZ GALAN SENDRA

**INCONTINENCIA URINARIA: REPERCUSIÓN, FUNCIONES DE ENFERMERÍA Y  
TRATAMIENTO .....39**

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

**LIPODISTROFIA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO DIABÉTICO .....40**

ALEJANDRO SANCHEZ-MERENCIANO GARCIA, JOSE VICENTE FERNÁNDEZ,  
DAVID MARIN MARTINEZ, GREGORIO ROMERO CANDEL, ANDRÉS FUENTES  
SOTO, BLANCA MONTEAGUDO JUNCOS

**INFECCIÓN RESPIRATORIA VERSUS GRIPE A Y B .....41**

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

**FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS .....42**

ISABEL MARIA MUÑOZ BENAVIDES, MARIA DE LA PAZ FERNANDEZ ROBLES,  
OLGA GARCÍA GARCÍA

**PACIENTE MUJER QUE PRESENTA OCLUSIÓN INTESTINAL .....43**

VIRGINIA BERODAS CUEVA, SILVIA MARTÍN MENÉNDEZ, PATRICIA RODRIGUEZ  
FERNANDEZ, MIREYA ORDIZ BLANCO

**PATOLOGÍAS EN LA VEJEZ Y PLURIPATOLOGÍA EN ANCIANOS .....44**

MARIA DEL CARMEN GÓMEZ MORENO, MARINA LUZ COSANO ARIZA, PILAR  
RUIZ YÉBENES

**LA GRIPE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EDAD AVANZADA .....45**

TERESA GALMES RAMIREZ, MIGUEL JOSE GUILLEN CABALLERO, NOELIA  
FERNANDEZ MORAL

**LAS PATOLOGÍAS EN LA TERCERA EDAD .....46**

MARÍA DEL CARMEN PAREJO ARIZA, MARÍA DEL CARMEN MELÉNDEZ  
CUMPLIDO, ANGELA MARTIN ROJANO

<b>CASO CLÍNICO: VALORACIÓN DE ANCIANO DEPENDIENTE Y PLURIPATOLÓGICO .....</b>	<b>47</b>
NEREA BANGO ANTUÑA, CRISTINA CALDENTEY HUGUET, SANDRA CORTES FERNANDEZ, MARIA DEL MAR CRESPI MARCÉ, ALMUDENA DE LA FUENTE RISUEÑO, NEUS MARTÍ PASTOR, MARIA ORELL LUQUE, ROSALIA ORTEGA VILA	
<b>MAREOS Y DISNEA ANTE MÍNIMOS ESFUERZOS .....</b>	<b>48</b>
ALMUDENA DE LA FUENTE RISUEÑO, NEREA BANGO ANTUÑA, CRISTINA CALDENTEY HUGUET, SANDRA CORTES FERNANDEZ, MARIA DEL MAR CRESPI MARCÉ, NEUS MARTÍ PASTOR, MARIA ORELL LUQUE, ROSALIA ORTEGA VILA	
<b>ABORDAJE DE LAS DEMENCIAS: LA CREACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA.....</b>	<b>49</b>
MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PÉREZ, MERCEDES SANCHEZ CASTILLO, MARIA ISABEL RAMOS PÉREZ	
<b>CUIDADOS DE UN PACIENTE CON ÚLCERA POR PRESIÓN .....</b>	<b>50</b>
MARIA DEL CARMEN VILLEGAS MARTIN, BELINDA MORALES SÁNCHEZ	
<b>PRESÍNCOPES DE REPETICIÓN EN VARÓN DE 76 AÑOS.....</b>	<b>51</b>
IGNACIO INIESTA-PINO ALCÁZAR, FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ FELICES, ARANZAZU SOBRAO LOPEZ, CARLOTA ROYO-VILLANOVA REPARAZ	
<b>ENFERMERÍA ANTE EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS PRODUCIDAS POR HUMEDAD.....</b>	<b>52</b>
ESTHER GUIADO GARCIA, FÁTIMA NAYARA GARCÍA AFONSO, ISABEL HERNANDEZ MARTIN	
<b>PAPEL ENFERMERO, RESIDENCIAS DE MAYORES CON UNA ENFERMEDAD LLAMADA DIABETES .....</b>	<b>53</b>
MARIA DEL MAR DAMIÁN LÓPEZ, CRISTINA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, ENCARNACION MARTINEZ AMOROS	
<b>ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.....</b>	<b>54</b>
LAURA GUERRERO VALENTIN, MARTA BEATRIZ SANCHEZ SORIANO, ALICIA PINTOR CASTILLO	
<b>CASO CLÍNICO PACIENTE GERIÁTRICO CON FATIGA INTENSA .....</b>	<b>55</b>
ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ	
<b>CASO CLÍNICO PACIENTE GERIÁTRICO CON POLAQUIURIA Y NICTURIA .....</b>	<b>56</b>
ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ	
<b>PSICOSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES EN EL ANCIANO .....</b>	<b>57</b>

ROCÍO RUIZ HINOJOSA, MARCELINO ARRIAZA GESTOSO, NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA .....58**

SANDRA NAVARRETE OLIVER, AGUSTÍN ORTEGA DEL ÁRBOL, ALEJANDRO CORRAL CASTILLO

**MANEJO DEL DOLOR EN ANCIANOS CON DEMENCIA .....59**

MARIA BELEN CAÑAS NUFLO, MARIA ARJONA VEGAS, YOLANDA GALISTEO CORTES

**BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS PACIENTES CON DEMENCIA .....60**

LUISA MARÍA GARCÍA RUIZ, ANDRÉS JOSÉ SALVADOR RUIZ, MARÍA DEL MAR MUÑOZ CARMONA

**EFFECTOS DEL EJERCICIO ACUÁTICO SOBRE EL DOLOR EN LA COLUMNA LUMBAR EN PERSONAS MAYORES CON SOBREPESO: REVISIÓN SISTEMÁTICA 61**

MIGUEL ANGEL GALLO VALLEJO, LUZ MARIA GALLO GALAN, MARTA MEDINA CASADO

## **MANEJO ENFERMERO EN EL PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**

RAÚL GARCÍA JÓDAR, MARIA DEL CARMEN SOTO ROSA, ESMERALDA SABORIDO DOMÍNGUEZ

**INTRODUCCIÓN:** El tromboembolismo pulmonar (TEP) es la consecuencia de una obstrucción parcial o total de una de las arterias pulmonares, que se origina por la formación de un coágulo que circula por el torrente sanguíneo, que va desde el corazón hasta el pulmón. Es la tercera causa de muerte en España. El grado de mortalidad es elevado, asciende a un 30% de los casos. La consecuencia más grave del TEP, es la hipertensión pulmonar.

**OBJETIVOS:** Definir la actuación del personal de enfermería ante un caso de tromboembolismo pulmonar.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas Cochrane, Fistera y Pubmed. Se utilizaron los descriptores “embolismo”, “trombo”, “coagulación” y “hipertensión pulmonar”. De un total de 101 referencias encontradas, se seleccionaron 28 para su posterior análisis. El periodo de búsqueda transcurre desde el 2012 hasta el 2016.

**RESULTADOS:** El papel de la enfermería se inicia desde la entrada del paciente, con la recogida de datos, anamnesis detallada, antecedentes personales y alergias medicamentosas. Una vez conocida dicha información, procederemos a canalizar accesos venosos periféricos o centrales, monitorización continua, fármacos, sueroterapia y valores analíticos. En pacientes donde se sospeche dicha patología, será necesaria la colocación de oxigenoterapia de alto o bajo flujo, valores arteriales por gasometría, aumento del cabecero por encima de 30º, valores de constantes vitales continuas, escala del dolor y vigilancia de hemorragias.

**CONCLUSIÓN:** Es fundamental la formación del personal de enfermería en zonas hospitalarias, como urgencias o UCI, donde se trata con mayor asiduidad a este tipo de pacientes complejos.

**PALABRAS CLAVE:** EMBOLISMO, TROMBO, COAGULACIÓN, HIPERTENSIÓN PULMONAR.

## **TÉCNICAS DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL RIESGO DE PADECER ALZHEÍMER**

JENNIFER RUIZ MORENO, MARIA DEL CARMEN AFAN VÁZQUEZ, MONTSERRAT CHAO LOPEZ

**INTRODUCCIÓN:** A día de hoy, el alzheimer es una enfermedad de la cual se está investigando mucho, pero lamentablemente aún no hay opción de tratamiento que pueda curar o frenar la enfermedad, tan solo podemos retrasar su avance. Por ello la clave está en la prevención, para ello el técnico en cuidados de enfermería se encargará de facilitarle e informarle al paciente una serie de pautas para poder frenar lo máximo posible esta enfermedad.

**OBJETIVOS:** Determinar las medidas de prevención en relación a la enfermedad de alzheimer en los pacientes.

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

**RESULTADOS:** No existe ningún tratamiento, ni cura para no padecer la enfermedad en si, pero si podemos retrasarla actuando con las medidas preventivas correspondientes. Como pueden ser ejercitar la memoria y la capacidad intelectual acompañado de un cambio de hábitos y la adopción de otros más saludables puede retrasar la aparición de la enfermedad por lo que se disminuye el riesgo de padecer esta enfermedad. Otra medida de prevención sería utilizar desde edades tempranas materiales didácticos para fortalecer la mente y así poder entrenarla para que el factor de riesgo futuro de padecer esta enfermedad sea menor.

**CONCLUSIÓN:** Bajo el punto de vista profesional, estas pautas hacen que mantengamos a los pacientes con una calidad de vida muchísimo más buena y eso hace que el paciente este satisfecho y tenga mayor estado de bienestar, por lo cual sea o no estas pautas un buen resultado para evitar la enfermedad, debemos de ponerlas en marcha para obtener mejores resultados en cuanto a la calidad de vida de estos pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** TERAPIA, RIESGO, PREVENCIÓN, ALZHEÍMER.

## ANÁLISIS DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA DIABETES

MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ, JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES, ALICIA BALTASAR SOLER

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, en la acción de la misma, o a ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

**OBJETIVOS:** Identificar posibles complicaciones que puede provocar la enfermedad de la diabetes.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión sistemática en diferentes bases de datos científicas como Scielo, Pubmed, Medline. Se utilizaron diversos descriptores “diabetes mellitus”, “pie diabético”, “hiperglucemia”, “hipoglucemia”, “azúcar”. Se aplicó un filtro de idioma (castellano) y periodo temporal (2008-2014). De un total de (70-110) referencias encontradas, se escogieron (15-25) para un análisis en profundidad. Se descartaron aquellos trabajos que no se centraron en el tema de interés a tratar.

**RESULTADOS:** Son importantes las revisiones oftalmológicas semestrales para evitar complicaciones tales como la pérdida de visión ocasionada por dicha enfermedad. De igual importancia sería, controlar semanalmente los niveles de glucemia y presión arterial, y por último y no por ello menos importante, la educación sanitaria para hacer hincapié en la importancia de la dieta, el ejercicio, el cuidado de la piel.

**CONCLUSIÓN:** Es evidente el papel principal del profesional de enfermería como cuidador y educador en lo relacionado con la diabetes, para prevención de los factores de riesgos, para disminuir el gasto sanitario, mejorar su calidad asistencial y promover su autocuidado.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES MELLITUS, HIPERGLUCEMIA, HIPOGLUCEMIA, PIE DIABÉTICO, AZÚCAR.

## **DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO EN PACIENTE CON ANGIODISPLASIA GÁSTRICA**

LAURA GÁLVEZ HERNÁNDEZ, ALICIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ CARVAJAL

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 78 años con antecedentes de prótesis aórtica infectada y valvulopatía por E. Faecium con múltiples ingresos por FOD, que acude derivado para valoración por dolor abdominal. Refiere desde hace 20 días, alteración del hábito intestinal, con tenesmo rectal, hábito intestinal estreñido y dificultad para la emisión de gases. También deposiciones cada 5 días de características normales. Dolor abdominal tipo cólico sin otra sintomatología.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA 132/59, FC 97, T<sup>o</sup> 36.8, SO<sub>2</sub> 93%. Eupneico en reposo, piel con tinte urémico. Abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación de forma generalizada. No masas ni megalias, sin peritonismo. Como pruebas complementarias: Analítica, Hemocultivo sacado hace 2 días en su centro de salud (pendiente de resultados), PET-TAC previo al ingreso: Intensa captación miocárdica, derrame pleural bilateral, foco hipermetabólico perivascular patológico, calcificaciones arteriales difusas.

**JUICIO CLÍNICO:** Angioplastia gástrica, síndrome mielodisplásico, endocarditis y espondilitis en estudio.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la exploración física y pruebas complementarias se puede asegurar que el paciente presenta dolor abdominal por angiodisplasia gástrica.

**PLAN DE CUIDADOS:** Ingreso a cargo de Digestivo, analítica de control, colonoscopia, tratamiento nefrológico con hipotensores y sueroterapia, RM de columna lumbosacra y valoración en cirugía vascular para reintroducción de antiagregantes tras episodio de HDA.

**CONCLUSIONES:** La Angiodisplasia es la malformación vascular más común del tracto digestivo, suele asociarse a enfermedad de Von Willebrand, estenosis aórtica e insuficiencia renal crónica terminal. También se asocia, aunque en menor medida, con cirrosis hepática o las enfermedades respiratorias graves. El pronóstico depende de dos factores que son la severidad de la hemorragia y la gravedad de la causa que la produjo. Son factores de mal pronóstico que la hemorragia sea masiva, que el paciente esté muy afectado por el volumen de sangre perdido, presencia de enfermedades debilitantes asociadas y que sea mayor de 60 años.

**PALABRAS CLAVE:** GÁSTRICA, ENDOCARDITIS, COLONOSCOPIA, PERIVASCULAR.

## EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL BAÑO DEL RECIÉN NACIDO

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

**INTRODUCCIÓN:** Esta es una de las funciones del auxiliar de enfermería para mantener la higiene y la confortabilidad en el recién nacido. El recién nacido no se bañará hasta pasar las 48 horas primeras para que el vérnix protector le nutra la piel y le proteja de infecciones.

**OBJETIVOS:** Determinar cómo llevar a cabo el auxiliar de enfermería el baño para el confort del recién nacido el tiempo que está hospitalizado, mantenerlo limpio y conseguir la máxima relajación y el bienestar del recién nacido.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática mediante una búsqueda bibliográfica. Para su elaboración localizamos varios artículos actualizados, protocolos de la unidad de pediatría del Hospital de Valme, enfermería ciencia y arte y búsqueda en el buscador Google.

**RESULTADOS:** El auxiliar deberá en primer lugar realizar el lavados de manos para evitar infecciones cruzadas, y ha continuación se le tomará la temperatura y constantes vitales antes del baño. Se sumergirá al recién nacido a término en la bañera lo más rápidamente posible, para que no se enfríe (si es pre término el aseo es dentro de la incubadora). Secar suavemente, prestando atención a los pliegues y poner crema hidratante. Curar el cordón con clorhexidina y se procederá a vestir al recién nacido. Con respecto al agua habrá que vigilar la temperatura y usar solo una gota de jabón para evitar sequedad.

**CONCLUSIÓN:** Es un método terapéutico que los ayuda a relajarse y ha eliminar todos los retos de leche, orina, caca y microorganismos que puede tener en la piel por la hospitalización y como complemento del baño se termina con un masaje corporal con aceite natural con el fin de hidratar la piel, ayudar a expulsar los gases y al tránsito intestinal.

**PALABRAS CLAVE:** CONFORT, HIGIENE, BIENESTAR, RELAJACIÓN, LAVADO DE MANOS.

## PROTOCOLO SOBRE LOS CUIDADOS A PERSONAS CON ALZHEIMER

NATALIA VEGAS NAVAS, VERONICA ORTIZ BERMUDEZ, MARÍA JOSE CANO VALENCIA

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de alzheimer es una patología aún desconocida. Los síntomas que se van reflejando en la persona que lo padece son trastornos graves, degenerativos, pérdida gradual de neuronas cerebrales, que son las que controlan el pensamiento, memoria, y el lenguaje. El alzheimer es un desorden neurovegetativo progresivo. La enfermedad de alzheimer es la patología mas frecuente de demencia en mayores. Según la OMS la definió como " Dolencia degenerativa cerebral de causa desconocida ".

**OBJETIVOS:** Analizar el protocolo sobre los cuidados a personas con alzheimer.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando los descriptores memoria, alzheimer, degenerativa, neuronas, autoestima.

**RESULTADOS:** El resultado seria hacer que la persona con alzheimer desarrolle su vida lo mas fácil y confortable posible, favorecer su autoestima lo máximo que se pueda y aconsejar a los familiares que se apoyen en otras personas. Se le ayudará asearse utilizando materiales básicos como el jabón y el champú. Se empezará de las zonas mas limpias a las zonas mas sucias. La higiene bucal es fundamental después de cada comida. Hay que tener especial cuidado con los pies, para así poder evitar el desarrollo de hongos y bacterias. El afeitado se lo realizará la propia persona, siempre y cuando sea válida. Utilizará a ser posible una maquinilla eléctrica. Para que la persona con alzheimer le sea mas fácil identificar su ropa se le colocará en su armario y cajones pequeños carteles. Proporcionarle una vida cómoda al enfermo de alzheimer. Hacer que sea mínima la pérdida de su autoestima. Al perder la memoria los hace descuidados, se le olvidan cosas como la comida, por eso hay que evitar que ocurra, estando pendientes de ellos para que no llegue a producirse una desnutrición.

**CONCLUSIÓN:** Es una enfermedad lenta y duradera, por ello conlleva un deterioro en los familiares, los cuales necesitan tener un respiro, pidiendo ayuda.

**PALABRAS CLAVE:** MEMORIA, ALZHEIMER, DEGENERATIVO, NEURONAS, AUTOESTIMA.

## **PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO**

MARIA LUISA MARIN VINUESA, NATALIA MARIN LOPEZ, JUAN JESUS BARBA CORDOBA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 83 años, exfumador desde hace 4 años, hta, dm, epoc. Vive con su mujer de 80 años, dependencia reconocida, es perceptor de 2 horas de ayuda a domicilio al día.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Afebril. Tensión arterial: 180/95 mmhg. 22 Respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno 92%. Polimedicado, tratamiento complejo con 3 sistemas de inhalación distintos, insulina lantus e insulina rápida según pauta.

**JUICIO CLÍNICO:** A pesar de explicarle detenidamente todos los fármacos se muestra confuso con las pautas y uso de los inhaladores. Incapaz del manejo terapéutico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c complejidad del régimen, m/p déficit de conocimientos y déficit de soporte social.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza proceso de atención de enfermería individualizado: NOC: Conducta de cumplimiento (1601): Acuerdo con el paciente, asesoramiento, apoyo emocional, seguimiento telefónico. NIC: Conocimiento régimen terapéutico (1813): Enseñanza dieta prescrita, enseñanza tratamiento.

**CONCLUSIONES:** Para mejorar el régimen terapéutico de este paciente se debe consensuar entre el medico y el enfermero un tratamiento farmacológico lo más fácil posible y eliminar fármacos que no tengan indicación clara.

**PALABRAS CLAVE:** EPOC, MANEJO INEFECTIVO, INHALADORES, RÉGIMEN TERAPÉUTICO.

## ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS A LA ETAPA GERIÁTRICA

RUBEN GOMEZ CRESPO, MARIA DOLORES CRESPO RODRIGUEZ, ROSA MARIA LOPEZ CASTILLO

**INTRODUCCIÓN:** Es evidente que se vive más tiempo, la vejez es la última etapa del ciclo vital, se encuentra a partir de los 60 años aproximadamente y transcurre hasta la muerte. Según la OMS para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones de personas. Comprender y entender la vejez es ubicar la dentro de una de las etapas que conforman la vida. La vejez no es un proceso fácil de asumir, el que envejece es porque a vivido, y esa vivencia se le llama sabiduría.

**OBJETIVOS:** Determinar los tratamientos que se llevan a cabo con los pacientes pediátricos con trastornos. Clasificar los diferentes trastornos que podemos ver en esta etapa.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda en revistas de interés científico y bases de datos, utilizando descriptores como suicidio, alzheimer, depresión, tristeza, etc.

**RESULTADOS:** Los trastornos de la vejez, como el alzheimer son procesos degenerativo sin retorno, pero si se puede alterar la frecuencia de progresión de la misma con fármacos. Los tratamientos cognitivos de la memoria para personas con demencia senil están dando una muy buenos resultados, mantenerse intelectualmente activo y detectar la enfermedad en etapa tempranas pueden ayudar en la calidad de vida de las personas. La metodología más común consiste en trabajar aquellas áreas que aún conserva el paciente, de forma que el entrenamiento permita compensar las pérdidas que está sufriendo con la enfermedad, se usa conjuntamente con el tratamiento farmacológico. Las patologías de la vejez la podemos clasificarlos en: Depresión: Es importante destacar el riesgo de suicidio que tiene la persona deprimida en esta edad Neurosis. Psicosis y otras alteraciones. Demencia senil. Alzheimer.

**CONCLUSIÓN:** Hoy en día la expectativa de vida en países como el nuestro ha ido aumentando paulatinamente, existen muchos controles para enfermedades crónicas que de algún modo u otro hacen sentir a las personas adultas mayores sanas.

**PALABRAS CLAVE:** SUICIDIO, ALZHEIMER, VEJEZ, DEPRESIÓN, TRISTEZA.

## **ABORDAJE SOBRE TUMOR CEREBRAL EN VARÓN DE 84 AÑOS**

PABLO MIGUEL TORRES, PABLO MARTÍN HERNÁNDEZ, LAURA MARTINEZ ROLDAN

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 84 años, acude mareado a las urgencias del hospital, acompañado por su hija que refiere que esta mañana le nota desviación de la comisura bucal.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Antecedentes personales: No presenta HTN, ni es diabético. Intervención quirúrgica hace 3 años por adenocarcinoma de colon derecho. Controles semestrales en cirugía normales. Exploración general: TA 138/70 mmHg; FC 52 lpm T&ordf; 36&ordm;C SO2 97% FR 22 rpm. Buen estado general, consciente y orientado. Movilidad ocular normal, sin nistagmus. Desviación de la comisura labial hacia la derecha por paresia facial inferior izquierda. Buena movilidad de los 4 miembros, sin dismetrías, sensibilidad normal, Babinski izquierdo. Romberg con tendencia a irse hacia atrás. Pruebas complementarias: Analítica, ECG y Rx de Tórax: normales.

**JUICIO CLÍNICO:** Tumor cerebral de probable origen metastásico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** TAC Craneal sin CIV: nódulo intra-axial, hiper-denso, con una zona central hipo-densa de 25 mm de diámetro situado en el lóbulo frontal derecho, con edema vaso-génico y efecto masa. Sugestivo de neoplasia: Se realiza TAC Torácico que detecta nódulo pulmonar en LID que tras ser biopsiado corresponde a un adenocarcinoma. TAC abdómino-pélvico: No adenopatías e hígado normal. Hemicolectomía derecha, sin signos de recidiva de colon.

**PLAN DE CUIDADOS:** Tratamiento sintomático: Analgésicos, Antiepilépticos, Dexametasona para los edemas&hellip; Tratamiento específico: Cirugía con o sin radioterapia. Si la cirugía no es posible, entonces se aplicará radioterapia, y en algunos casos la quimioterapia.

**CONCLUSIONES:** La incidencia de tumores cerebrales a nivel mundial se estima entre 2 y 16 casos por 100.000 Habitantes/año. En España, se calcula una incidencia de 8.7 Por 100.000 Habitantes/año en varones y 5.4 En mujeres. En la población adulta, los tumores cerebrales primarios en comparación con la frecuencia del resto de cánceres, se encuentra en la posición 13.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, TUMOR CEREBRAL, METÁSTASIS, RADIOTERAPIA.

## ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

ISABEL MARIA FERNANDEZ LOPEZ, MARINA MARÍN RAMOS, JUANA ESTHER SIMÓN SÁNCHEZ

**INTRODUCCIÓN:** La incontinencia urinaria está considerada como uno de los mayores síndromes geriátricos, consiste en la pérdida involuntaria de orina la cual se da en un momento y lugar inapropiado y en la cantidad suficiente para propiciar un problema en el usuario que la sufre.

**OBJETIVOS:** Conocer las diferentes modificaciones que producen el envejecimiento en el organismo y que se relacionan con la incontinencia urinaria, así como el papel de enfermería ante pacientes con incontinencia urinaria.

**METODOLOGÍA:** Trabajo de investigación teórica que se ha realizado mediante el estudio y selección de diversos artículos y ejemplares bibliográficos obtenidos de la base de datos Cuiden, usando los descriptores; Envejecimiento, incontinencia urinaria. Publicados a partir del años 2000.

**RESULTADOS:** Las diferentes estructuras anatómicas tales como vejiga, uretra y suelo pélvico además del estado cognitivo (deseo de orinar) deben de mantenerse intactas para disfrutar de la continencia urinaria completa. A medida que avanza la edad se da un cambio clave como es el de la nicturia (la micción urinaria aumenta durante la noche, alterando así el patrón urinario habitual). No debemos olvidar que se pronuncia el aumento del residuo postmiccional, la disminución de la capacidad vesical y de la presión máxima del cierre uretral.

**CONCLUSIÓN:** Podemos concluir afirmando que la incontinencia urinaria produce graves y diversos problemas en nuestros usuario en los que podríamos destacar los trastornos psicológicos, las abrasiones cutáneas, los problemas de higiene e incluso el aislamiento social. Por ello debemos ofrecerles una educación sanitaria global y de calidad para poder solventar con éxito los retos que le supone esta enfermedad en el día a día.

**PALABRAS CLAVE:** INCONTINENCIA URINARIA, ENVEJECIMIENTO, MODIFICACIONES, SÍNDROME GERIÁTRICO.

## **LAS CAÍDAS EN HOSPITALIZACIÓN: IMPACTO E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

JUAN MANUEL RODRÍGUEZ GÓMEZ, MARÍA INMACULADA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, MARIA JOSE MARTINEZ GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** Las caídas en los pacientes hospitalizados son una de las principales causas de morbilidad. Según algunos estudios está directamente relacionado con la mala praxis enfermera. Actualmente se trata de un problema de salud que tiene un considerable impacto en los pacientes hospitalizados.

**OBJETIVOS:** Determinar los efectos de las caídas en los pacientes hospitalizados. Identificar las diferentes intervenciones de enfermería respecto al riesgo de caída en los pacientes hospitalizados.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre las caídas en hospitalización, su impacto e intervención de enfermería siendo las fuentes de información: Scielo, Pubmed y revistas médicas. Se utilizaron como descriptores: Caídas, hospitalización, enfermería, intervenciones e impacto. Los criterios establecidos fueron: Estudios que analicen las caídas en hospitalización, su impacto o intervención de enfermería; con acceso al texto completo y escritos en inglés, español o portugués. De un total de 8 publicaciones, fueron seleccionadas 4.

**RESULTADOS:** Las principales consecuencias de las caídas son heridas y fracturas que alargan estancias y disminuyen la calidad de vida. Los cuidados más prevalentes mencionados en los estudios son: Uso de pulseras identificativas de colores y adhesivos para puertas y registros de los pacientes, proporcionar terapia ocupacional, enseñar el uso del timbre de la cama a los pacientes y asegurar que está al alcance e implicar a la familia en los cuidados, entre otros.

**CONCLUSIÓN:** Los efectos perjudiciales que producen las caídas en los pacientes, sobre todo personas mayores que ya son más débiles por sí mismas hace necesaria una mayor investigación enfermera y conocimientos sobre el perfil del paciente y su entorno para evitarlas. Además, es de vital importancia la reevaluación continua y vigilancia dado que los cambios de conciencia en personas mayores es variable en días e incluso horas.

**PALABRAS CLAVE:** INTERVENCIONES, IMPACTO, CAÍDAS, HOSPITALIZACIÓN, ENFERMERÍA.

## ARTRITIS-HIDRATOS DE RODILLA CON POSIBLE DERRAME ARTICULAR

PATRICIA BARRANCO SALMERON, MARIA DOLORES CORTES CORTES, JUANA GALLARDO LARA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 76 años de edad que acude a urgencias derivada de CE "Bola azul", por sospecha de artritis séptica de rodilla izquierda. Presenta marcados signos de gonartrosis derrame articular leve. Ligero aumento de la temperatura. Antecedentes de artrocentesis. Actualmente con febrícula y dolor. Ingresa en planta.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración se observa dolor e inflamación de rodilla izquierda, limitación en la bipedestación, ligero rubor y calor. Se le toman constantes temperatura 37,6° y TA: 100/70 mmhg. Se realiza estudio de RM de rodilla izquierda. Otras pruebas complementarias; analítica-hemograma, coagulación, bioquímica. Artrocentesis que se manda a cultivar (8 dl) para tratamiento con analgesia.

**JUICIO CLÍNICO:** Artritis. Hidratos de rodilla. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** No se puede descartar sinovitis séptica, necesario el estudio microbiológico del líquido articular. Se identifica una ligera osteopenia, ya realizada todas las pruebas y resultados el diagnóstico es una artritis-hidratos.

**CONCLUSIONES:** Signos de osteoartritis degenerativa en ambos compartimentos, con rotura radial asociada al menisco interno. Son importantes antecedentes familiares aunque había que insistir en factores genéticos. Aparece en edades comprendidas entre 60/70 años. Otros factores a tener en cuenta son la obesidad, alimentación, tabaquismo, estrés, hormonas femeninas. Se le da alta hospitalaria con derivación al especialista para seguimiento.

**PALABRAS CLAVE:** DERRAME, RODILLA, HUESO, ARTRITIS, DOLOR, INFLAMACIÓN.

## IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL

PABLO SOLANA CLEMENTE, NATALIA SÁNCHEZ GALLEGO, ANA CECILIA TARRAGÜEL GRACIA

**INTRODUCCIÓN:** El término de paciente terminal hace referencia a aquel paciente que se encuentra en una fase de su enfermedad que no tiene un tratamiento específico con capacidad de curar o de retrasar su evolución y que por tanto conlleva a la muerte. Existen razones para justificar la necesidad de los cuidados paliativos en los pacientes con enfermedades terminales a pesar de la complejidad que tiene establecer un pronóstico de vida. Algunas razones son el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y el cambio de la mentalidad social que se ha producido en las últimas décadas del derecho a una muerte digna.

**OBJETIVOS:** Analizar la importancia que los cuidados paliativos tienen desde el papel de enfermería relacionado con la calidad de vida del paciente y de una muerte digna.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos desde la importancia de los cuidados paliativos en el paciente terminal.

**RESULTADOS:** Se realizó una selección entre los artículos analizados y todos ellos coinciden en la especial atención que merecen el control y la administración del dolor, de la higiene del paciente, su ambiente, el compartir sus decisiones, la atención a sus grandes y pequeños deseos y la atención a los límites de los profesionales y cuidadores, es decir, se precisa de un cuidado integral del paciente, incluyendo los aspectos psicológicos y espirituales. Por lo que no se puede olvidar de la atención a los familiares y cuidadores, ya que muchas veces y no es posible muchas veces establecer un pronóstico de vida claro y son los cuidadores y familiares los que sufren una sobrecarga con su familiar.

**CONCLUSIÓN:** Los cuidados paliativos son imprescindible para ofrecer al paciente el mejor cuidado con el fin de que cuando llegue el día de su muerte se produzca en las mejores condiciones.

**PALABRAS CLAVE:** TERMINAL, PALIATIVO, MUERTE, ENFERMERÍA.

## EL SÍNDROME DE DIÓGENES EN EL PACIENTE ANCIANO

GRACIA SAYAGO PULIDO, INMACULADA GÓMEZ CÁRDENAS, FRANCISCA BUENO MOLINA

**INTRODUCCIÓN:** Las personas que padecen el síndrome de Diógenes presenta un abandono de la higiene personal, aislamiento social, acumulación de objetos y suciedad dentro del hogar. Todo ello acompañado de un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.

**OBJETIVOS:** Determinar las medidas y las pautas de actuación ante pacientes que presentan síndrome de Diógenes.

**METODOLOGÍA:** Realizo una búsqueda bibliográfica, en inglés y en español a través de las siguientes bases de datos: Cochrane, Pubmed, Cuiden y buscadores como Google académico, utilizando los términos de búsqueda “ Síndrome de Diógenes, suciedad, auto-abandono, self-abandonment, trastorno de la personalidad ”.

**RESULTADOS:** Los servicios sanitarios y sociales de forma organizada deben llevar un seguimiento haciendo visitas domiciliarias. Controlar que estas personas lleven una buena higiene personal, no sigan acumulando basura u objetos y lleven una dieta saludable. Explicarles a los familiares que es un trastorno de la conducta y no algo propio de su edad. Realizar limpieza del hogar y si lo precisará un tratamiento farmacológico.

**CONCLUSIÓN:** Las personas con el síndrome de Diógenes adopten unas pautas de higiene personal y dentro de su hogar, para evitar la hospitalización y que puedan seguir viviendo en sus hogares llevando una vida saludable y aceptando la ayuda de personas externas.

**PALABRAS CLAVE:** SÍNDROME DE DIÓGENES, SUCIEDAD, AUTO-ABANDONO, TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD.

## IMPORTANCIA DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

MARÍA JOSÉ PORTERO MIGUELES, FUENSANTA REYES LOPEZ ZEA, MANUELA MARTOS BRAVO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 77 años que acude a su centro de salud acompañada de su hija. Refiere intenso dolor punzante y calambres en las extremidades inferiores, sobre todo en la derecha siendo mayor cuando camina o en decúbito. Muestra inicio de úlceras interdigitales en el pie del mismo lado. AP: HTA, DLP, DBT tipo 1. Fumadora de medio paquete de cigarrillos al día hasta hace 6 años.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se obtiene en consulta el IMC 26 (sobrepeso), TA: 155/ 96, BMT: 210 mg/dl. Las extremidades inferiores presentan color pálido, frialdad y con mayor notoriedad en la extremidad derecha. Las úlceras interdigitales tienen bordes bien definidos. El fondo de la úlcera es atrófico. La piel perilesional es fina y seca. Comprobación de pulso distal. Se realizará ITB (Índice tobillo-brazo) como prueba diagnóstica para comprobación de arteriopatía periférica (AP).

**JUICIO CLÍNICO:** Arteriopatía periférica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tres elementos fundamentales en la exploración vascular son inspección, palpación y auscultación. El ITB es la prueba diagnóstica que presenta mejor rendimiento, por ser sencilla, indolora, de escaso coste y gran sensibilidad. Nos permitirá confirmar arteriopatía periférica y descartar patología venosa, aunque ya la exploración apunta a AP.

**PLAN DE CUIDADOS:** No fumar, riguroso control de dieta, analgesia, tratamiento habitual (antiagregantes, antihipertensivos, antidiabéticos y estatinas) además de reanudar la actividad física lo antes posible.

**CONCLUSIONES:** La claudicación intermitente, la presencia de úlceras, los factores de riesgo como el tabaquismo, edad mayor de 70 años, diabetes e HTA no totalmente controladas son puntos a favor de una AP. Si el ITB que se obtiene es menor de 0,9 podremos confirmar el diagnóstico. Esta prueba permite además cuantificar su severidad y valorar la evolución durante el seguimiento. La Enfermedad Arterial Periférica es relativamente frecuente y de elevada morbimortalidad, dado que la mayoría de las manifestaciones clínicas cursan normalmente de forma asintomática en la mayoría de las personas hasta que no está avanzada la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA, CLAUDICACIÓN INTERMITENTE, ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA, ÚLCERAS ARTERIALES, ÍNDICE TOBILLO BRAZO.

## REINFECCIÓN DE ORINA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

SONIA PLAZA MORENO, ORIOL BAETA CALONGE, SANDRA BELLVER FRUCTUOSO, ARIADNA CALVO VIVANCOS, MARÍA DE LAS MERCEDES FRANCO GUILLAMON, ALEXANDRA MAZUELA DOMINGUEZ, MIRIAM MAZUELA JIMENEZ, ROSA MARIA MORILLAS SERRANO, ANA ORTUÑO NÚÑEZ, LUIS PEREA SÁNCHEZ, SORAYA RODRIGUEZ ARIAS, MARIA PILAR VÁZQUEZ MATO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 68 años, hipertensa en tratamiento, diagnosticada de Alzheimer, con grave deterioro cognitivo, dependiente para las ABVD, con grado III de dependencia reconocido, que acude a centro de día y por la noche precisa de cuidadora. En un año es llevada a urgencias 4 veces por los siguientes motivos: diciembre de 2016: episodios eméticos; marzo de 2017: inestabilidad cefálica; julio de 2017: empeoramiento del estado general; septiembre de 2017: disnea.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Durante las diferentes exploraciones, el interrogatorio es difícil dada la escasa colaboración a causa del deterioro cognitivo. Se realizan, por orden de ingresos en urgencias, las siguientes pruebas: analítica, cumbur de orina; analítica, radiografía de tórax, electrocardiograma, TAC craneal, sedimento de orina, hemocultivos y urocultivo; analítica, radiografía de tórax y sedimento de orina; electrocardiograma, analítica, radiografía de tórax y sedimento de orina.

**JUICIO CLÍNICO:** Infección de orina. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras los resultados de las pruebas realizadas, se descartan gastroenteritis (se orienta como vómitos no especificados), patología neurológica aguda y problemas respiratorios.

**PLAN DE CUIDADOS:** Es necesario desde enfermería de atención primaria (ya que la paciente no está institucionalizada) realizar controles periódicos y educación sanitaria a la familia y/o cuidadores sobre las señales de alarma, que pueden ser fiebre, inquietud, dolor, labilidad o cambios de comportamiento. Es importante forzar la ingesta de líquidos, evitar el estreñimiento, favorecer y establecer hábitos de uso del lavabo y el cambio frecuente de pañal, así como mantener una buena higiene genital.

**CONCLUSIONES:** Las infecciones urinarias son las más frecuentes en la población anciana, alcanzando cifras del 30% en mujeres de >65 años. Dada la relevancia del problema, sería conveniente realizar un cribado y seguimiento a las personas con estas características, dotando al cuidador/familia de la información necesaria para la prevención y detección, ahorrando de esta manera visitas a urgencias.

**PALABRAS CLAVE:** ALZHEIMER, INFECCIÓN DE ORINA, ANCIANOS, CUIDADOS.

## **BRONQUITIS AGUDA EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES PREVIO**

LORENA LOPEZ REGUERA, RAUL ALMAGRO ORIHUELA, MIGUEL ANGEL URBANO LOPEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente mujer de 88 años que acude a urgencias por Disnea, sin alergias medicamentosas, sin hábitos tóxicos, con APP: DM tipo 2. Intervenciones quirúrgica: Prótesis de cadera. Refiere cuadro catarral desde hace una semana, con tos y mucosidad abundante. Según refiere sus familiares presenta atragantamientos frecuentes y en el día de hoy refiere que presenta dificultad para respirar.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Peso: 80kg TA: 134/58 FC: 84 SatO<sub>2</sub>: 93% con oxigenoterapia T° 37,6°C. Aceptable estado general, consciente, orientada y colaboradora en la medida de sus posibilidades, Glasgow 15. Eupneica en reposo. No presenta tiraje intercostal, cianosis. Auscultación Cardiorespiratoria: Tonos rítmicos sin soplos. MVC con roncus dispersos (en plano anterior) MMII: no edemas ni signos de Trombosis venosa profunda. Analítica: Hemograma: Hb 11.1, Leucos 12140 con neutrofilia, plaqueta 136000. Bioquímica: glucosa 195. Urea, 57, creatinina 1.14, Na 139, K 3.7. GSA sin O<sub>2</sub>: pH 7,46, pO<sub>2</sub> 54. Sat O<sub>2</sub> 93%. Rx torax: ICT aumentado, hiliros engrosados. No derrame. No condensación.

**JUICIO CLÍNICO:** Bronquitis Aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Bronquitis aguda versus hipoxemia versus infección vía área inferior.

**CONCLUSIONES:** Con los datos obtenidos en las pruebas complementarias y tras valorar que la paciente sin oxigenoterapia se disminuye los niveles de saturación de O<sub>2</sub> hasta el 85%, se decide el ingreso en hospitalización para comenzar tratamiento antibiótico IV, corticoides IV, aerosolterapia y diuréticos IV, siendo necesario control de diuresis por turno, control de constantes por turno, seguir una dieta diabética con espesantes, y oxigenoterapia a 2l/min.

**PALABRAS CLAVE:** BRONQUITIS, DISNEA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, CIANOSIS.

## **EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON ALZHEIMER Y LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ, JESUS MUÑOZ MARTIN, CRISTINA LOPEZ MELERO

**INTRODUCCIÓN:** El alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, de origen desconocido y de carácter progresivo. A día de hoy no hay ningún tratamiento que pueda curarla o prevenirla. La actividad física a las personas enfermas de alzheimer, les es muy beneficiosa porque producen mejoras tanto fisiopatológicas como cognitivas.

**OBJETIVOS:** Analizar un programa de actividad física relacionadas con las funciones cognitivas. Estimular los síntomas depresivos y capacidad funcional.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una búsqueda bibliográfica en revistas y artículos científicos de enfermería entre ellos Medline, Scielo, Cuiden y Dialnet, así como una revisión general para ampliar información en google académico.

**RESULTADOS:** Se necesitan una mayor evidencia científica de estudios sobre esta relación enfermedad-ejercicio-beneficio, para determinar con mayor efectividad los resultados, no obstante se aprecia mejoría de estos pacientes al ayudarle a realizar estos ejercicios terapéuticos.

**CONCLUSIÓN:** El tcae fomentando y ayudando a la realización de ejercicio físico en función de las posibilidades y/o necesidades del paciente con alzheimer, se mejorara la calidad de vida de este de una manera importante así como disminuir la depresión, aumentar el equilibrio y la función cognitiva.

**PALABRAS CLAVE:** ALZHEIMER, ACTIVIDAD FISICA, TCAE, ENFERMEDAD.

## EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE CON TRAQUEOTOMÍA

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

**INTRODUCCIÓN:** La traqueotomía es una abertura quirúrgica en la tráquea, que atraviesa el cuello y se mantiene abierta gracias a una cánula o un tubo, para que pueda pasar el aire hacia los pulmones.

**OBJETIVOS:** Mantener las vías aéreas permeables, para que no se quede sin oxígeno el cuerpo. Disminuir el riesgo de infecciones, evitando obstrucciones.

**METODOLOGÍA:** Hemos llevado a cabo, una revisión bibliográfica sistemática en base de datos como Scielo, Lilacs, Hinari y en guías clínicas con diferentes centros hospitalarios y organizaciones sanitarias. Descriptores utilizados: “educación sanitaria”, “obstrucción”, “vías aéreas” y “cánula” a través de los operadores booleanos “NOT” y “XOR”.

**RESULTADOS:** Como consecuencia de deficiencias respiratorias graves, se realiza la traqueotomía de urgencias, o las que se realizan electivamente: que se sabe que habrá un empeoramiento notable (preoperatorio de intervenciones o postoperatorio). Por norma general se realizan las traqueotomías en quirófanos. Utilizaremos una cánula para mantener las vías respiratorias permeables. Se tiene que mantener una buena higiene, ya que son muy frecuentes la obstrucciones ya sean por mocos i/o por coágulos de sangre, disminuyendo así el riesgo a infecciones.

**CONCLUSIÓN:** Educar al paciente a realizar cuidados de higiene necesarios, para mantener las vías respiratorias permeables, evitando así el riesgo a sufrir infecciones.

**PALABRAS CLAVE:** VÍAS AÉREAS, OBSTRUCCIÓN, CÁNULA, EDUCACIÓN SANITARIA.

## **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO COMO FACTOR DE ÉXITO PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

CRISTINA BENITEZ MARIN, TANIA BUENO GÓMEZ, ANA COBOS GINES

**INTRODUCCIÓN:** El término úlcera por presión se usa para describir un deterioro de la integridad cutánea. Cualquier paciente que presente reducción circulatoria, corre el riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Los tejidos reciben oxígeno y nutrientes y eliminan los residuos metabólicos a través de la sangre. Cualquier factor que interfiera con esto afecta al metabolismo celular y la función o vida de la célula, reduciéndose la circulación tisular y provocando una isquemia tisular. Hay diferentes estadios dependiendo de la gravedad y de la cantidad de tejido afectado en la lesión.

**OBJETIVOS:** Identificar diferentes métodos de prevención y cuidados de las UPP con conocimientos actualizados sobre materiales y técnicas.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica de artículos científicos publicados entre 2010-2017. Las bases de datos utilizadas para obtener la información fueron Pubmed y Scielo. La ecuación de búsqueda fue "úlceras por presión" y "tratamiento".

**RESULTADOS:** Cabe destacar la gran importancia de la prevención, para ello es importante examinar el estado de la piel a diario, mantener limpia y seca la piel del paciente, uso de apósitos protectores e hidratación de la piel. Durante el proceso de curación de una úlcera es muy importante seguir unos pasos básicos. Cuidados generales tales como cambios posturales, aplicación de reductores. Desbridamiento en caso de que la úlcera tenga tejido necrótico. Y por último un control de la infección y aplicación de apósitos. Muchos estudios han evidenciado que el uso de los diferentes apósitos es garantía de éxito para el tratamiento de la UPP.

**CONCLUSIÓN:** Las úlceras por presión son un importante reto al que se enfrentan los profesionales. El mejor tratamiento es su prevención. Por lo tanto, los profesionales de enfermería deben ser conscientes de las medidas profilácticas que se deben llevar a cabo. En caso de aparición de la úlcera, hay que hacer hincapié en una buena formación de los profesionales.

**PALABRAS CLAVE:** ÚLCERA POR PRESIÓN, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES.

## **PACIENTE CON DIABETES EN EL ANCIANO FRÁGIL**

MARIA DOLORES LAZO CAPARROS, LIDIA TORRES TITOS, YANDIRA NAVARRO TORTOSA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 80 años que acude a la Unidad de Urgencias por cuadro de malestar general, fatiga, dolor abdominal intermitente y sudoración profusa. Antecedentes de hipertensión arterial, obesidad y DM 2 diagnosticada hace 2 años y en tratamiento con dieta.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración médica completa. Las pruebas realizadas son: toma de constantes: temperatura, tensión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca. Además de electrocardiograma y analítica completa.

**JUICIO CLÍNICO:** Descompensación diabética. Se inicia tratamiento con insulina rápida. Se pauta educación diabetológica para control glucémico. **PLAN DE CUIDADOS:** Tras la valoración del paciente y recogida de datos, se inicia el planteamiento de los problemas diagnósticos NANDA a abarcar: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades corporales (00001). Conocimientos deficientes (00126). Ansiedad (00146). Como complicaciones potenciales encontramos: hiperglucemia e hipoglucemia. Se elabora el plan de cuidados en función de los diagnósticos y en complementación con los resultados NOC y las intervenciones NIC asociadas.

**CONCLUSIONES:** Tras 17 días de ingreso en área de medicina interna el paciente es dado de alta, habiéndose conseguido un buen control glucémico gracias al tratamiento médico y al plan de cuidados de enfermería establecido.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES MELLITUS TIPO 2, ANCIANO, ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, ENFERMERÍA.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL VASCULORRENAL**

MARÍA JOSÉ MUÑOZ MORENO, ISABEL MARÍA MURILLO POZA, MARÍA LINAREJOS SANCHEZ RENTERO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 59 años, acude a la consulta de AP para revisión, siendo el motivo por mala respuesta del tratamiento farmacológico de HTA junto con el deterioro de la función renal al iniciar tratamiento con IECA. Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo II, fumador de 10 cigarrillos/día, HTA diagnosticada desde hace 4 años.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la toma de constantes: TA 170/90 mmHg, se observa última analítica realizada, mostrándose todo normal excepto creatinina a 1,24 mg/dl y urea 60 mg respecto a cifras anteriores con 0,9 mg/dl y 30 mg. Radiografía y ecografía de tórax normal. Ecografía renal, se observa disminuido el tamaño del riñón derecho y estenosis de la arteria renal.

**JUICIO CLÍNICO:** HTA vasculorrenal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** D. E: 00126 Conocimientos deficientes sobre los factores de riesgo r/c aumento de la presión arterial m/p alteración en el mantenimiento de la salud. D. E: 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico y control de enfermedad r/c complejidad del régimen terapéutico m/p falta de atención a la enfermedad. D. E: 00092 Intolerancia a la actividad r/c mala respuesta del tratamiento farmacológico m/p presión arterial anormal en respuesta a la actividad.

**CONCLUSIONES:** La hipertensión vasculorrenal está causada por isquemia renal originada por una obstrucción de la arteria renal, debida a una displasia fibromuscular, arterioesclerosis de la arteria renal, donde el mecanismo se produce por aumento de la presión arterial que activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona, cuando la estenosis de la arterial alcanza su punto crítico. Enfermedad progresiva de oclusión de la arteria, donde el inicio es rápido y puede causar estenosis total causando el deterioro de la función renal sino se controla.

**PALABRAS CLAVE:** HIPERTENSIÓN ARTERIAL VASCULORRENAL, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, FUMADOR, CONOCIMIENTOS DEFICIENTES, SEDENTARISMO.

## MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA DIABETES MELLITUS

SANDRA INMACULADA PEINADO HERAS, ASCENSION GUIJARRO LOPEZ, CRISTINA BUENO DE LAS HERAS

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos, donde se observa presencia de niveles altos de glucosa en la sangre debido a diferentes causas. También se acompaña de anomalías en el metabolismo de los lípidos, proteínas, sales minerales y electrolitos.

**OBJETIVOS:** Determinar las medidas preventivas de la diabetes mellitus para mejorar la calidad de vida.

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

**RESULTADOS:** Dieta saludable y equilibrada. Una alimentación sana, baja en sodio, calorías y azúcares te ayudara a mantener un peso estable y a disminuir los niveles de grasa. Actividad física constante. La diabetes es mas frecuente en personas sedentarias. El deporte ayuda a reducir los niveles de azúcar en sangre y a disminuir la grasa corporal. Peso adecuado. Se estima que el 80% de personas con diabetes padece sobrepeso, por eso es fundamental llevar un control constante y evitar subidas importantes. Antecedentes familiares. Quienes tienen familiares diabéticos tienen mas riesgos de padecer esta enfermedad. Enfermedades de riesgo. Es común que otras enfermedades como la hipertensión, estén asociadas a la diabetes. Numerosos estudios han demostrado que teniendo un peso adecuado, con una alimentación equilibrada y realizando ejercicio físico, las probabilidades de desarrollar diabetes mellitus disminuyen.

**CONCLUSIÓN:** Existe una gran relación entre vida sedentaria, y mala alimentación con la diabetes mellitus. Con las medidas preventivas se intenta disminuir el numero de personas con esta patología.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES, GLUCOSA, PREVENCIÓN, ALIMENTACIÓN.

## USO DEL WHATSAPP PARA FACILITAR LA ADHERENCIA A LOS MEDICAMENTOS EN LOS MAYORES

MASSIMO COLOMBI, NURIA ARROYO MORA, JOSE LUIS DE BURGOS CARMONA

**INTRODUCCIÓN:** Para el control de la enfermedad la adherencia al tratamiento es fundamental. No solo el médico y la enfermera son responsables de solucionar esto problema, sino que el propio paciente debe jugar un papel activo y de protagonista. El WhatsApp es hoy un canal de comunicación habitual, una aplicación multiplataforma que te permite enviar y recibir mensajes sin pagar por SMS. Además de mensajes de texto los usuarios pueden crear grupos, mandarse fotos, vídeos y grabaciones de audio.

**OBJETIVOS:** Los objetivos de este trabajo es determinar la efectividad del uso de tecnologías de la información y la comunicación, en la adherencia al tratamiento en los mayores.

**METODOLOGÍA:** Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. La búsqueda fue realizada utilizando las bases de datos: PubMed, Cochrane Library, Cinahl, Evidence Based Nursing, Evidence Based Medicine, búsqueda en literatura gris en Google académico. Los descriptores utilizados fueron “adherencia al tratamiento”, “tecnología”, “teléfono”, “salud”.

**RESULTADOS:** Las redes son una herramienta de gran utilidad, y suelen ser fáciles de manejar. En la revisión se encontró que esta aplicación podría ser útil como medios de apoyo y/o recordatorio para el tratamiento. El uso de mensaje de texto para la toma de medicamentos junto con el proporcionar un información clara sobre su enfermedad, podría mejorar la adherencia al tratamiento.

**CONCLUSIÓN:** Aun terminales más modernos adaptados para mayores han sido desarrollado, los problemas de visión, audición o memoria, pueden ser un obstáculo a su utilización. Pero para ello, terminales más modernos adaptados para mayores han sido desarrollado facilitando el acceso a las diferentes opciones botones grandes, menús sencillos con pocas opciones y mensajes de voz para sustituir texto en funciones de recordatorios o confirmación de acciones facilitan el uso de las aplicaciones de salud por personas de la tercera edad.

**PALABRAS CLAVE:** TECNOLOGÍA, SALUD, TELÉFONO, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

## **FACTORES DE RIESGO Y RECOMENDACIONES EN LA DESHIDRATACIÓN DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS**

ANTONIO JAVIER MARTINEZ RUIZ, ANA MARIA REYES CONSUEGRA, ANTONIO ANGEL ALBACETE ARMENTEROS

**INTRODUCCIÓN:** La deshidratación es el desequilibrio de fluidos y electrolitos más común en personas mayores institucionalizadas. Los estudios arrojan que cerca de un 50% de estos mayores que ingresan por este motivo tienen altos índices de mortalidad. Por este motivo se ha realizado una revisión para identificar y posteriormente resumir las evidencias disponibles sobre el mantenimiento de la hidratación oral en esta población específica.

**OBJETIVOS:** Determinar los factores de riesgo más comunes de la deshidratación, así como destacar las recomendaciones con evidencia IV en su tratamiento corrector.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de búsqueda de estudios relacionados en las bases de datos “Cuiden”, “Cochrane” y “Pubmed” con los descriptores “deshidratación”, “hidratación oral”, “personas mayores” y “evidencia”.

**RESULTADOS:** **FACTORES DE RIESGO:** Edad: Es variable y depende de donde se encuentre el paciente. Movilidad: Los pacientes encamados son más susceptibles. Género: No existe evidencia que respalde ninguna hipótesis. Incontinencia: No supone un factor determinante pero sí de riesgo en la disminución de ingesta. Estado mental: No se establece correlación alguna. Otros factores de riesgo pueden ser las patologías, medicaciones y periodos de ingesta.

**CONCLUSIÓN:** Una tabla de ingesta diaria de fluidos es el mejor método para su monitorización (Nivel IV). La toma de medicación es una importante fuente de fluidos, por lo que debería fomentar la ingesta en ese momento. (Nivel IV) Una Ingesta Diaria Recomendada no debería ser menor de 1600ml/24h para asegurar una adecuada hidratación de acuerdo con la media necesaria de la persona mayor. (Nivel IV).

**PALABRAS CLAVE:** DESHIDRATACIÓN, HIDRATACIÓN ORAL, PERSONAS MAYORES, EVIDENCIA, ENFERMERÍA.

## **CUIDADOS ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

PATRICIA GARCIA FERNANDEZ, CRISTINA JIMENEZ HERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN SERRANO RODRÍGUEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 70 años. Acude por malestar general, cansancio y dificultad respiratoria. Viudo, jubilado, vive solo. Fumador, y sedentario, refiere cansarse con facilidad. Buena alimentación, sus hijas se encargan de eso. Contiente doble y orientado. Era independiente para ABVD, actualmente necesita ayuda para las mismas ya que siente que no reíste de pie mucho tiempo sin ayuda. Casi siempre ha trabajado en una fábrica. NAMC. Actualmente sufre DL, trastornos de ansiedad e HTA. Fue intervenido de rodilla a los 56 años. Tratamiento: Citalopran y captopril.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA 155/89mmhg, FC 105lpm, SATO2 82%. Piel y mucosas normocoloreadas, consciente y orientado. Presenta tiraje intercostales, haciendo uso de músculos accesorios. No edema, abdomen blando y depresible. Analítica (normal), gasometría arterial (alteración ph 7,12 y pCO2 72), ECG y cultivo de esputo.

**JUICIO CLÍNICO:** EPOC. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Según la sintomatología, exploración y pruebas complementarias, se descartaron otras patologías como el cáncer de pulmón o neumotórax.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se proporcionará al paciente una situación de bienestar. Se proporcionarán las herramientas necesarias para una buena gestión de su propia salud. En la enfermedad crónica el objetivo es la persona, y no la enfermedad. Los cuidados se centran en la prevención de la morbilidad y en el aumento de calidad de vida. Durante la hospitalización, se garantizará la buena permeabilidad de la vía aérea, hidratación, reposo y descanso. Se fomentará la deambulación y se insistirá en aumentar la autonomía del paciente.

**CONCLUSIONES:** Esta enfermedad causa inflamación y obstrucción en los pulmones. Entre sus síntomas principales están: dificultad respiratoria, tos, mucosidad y silbido al respirar. Es causada por la exposición repetida a gases o partículas irritantes, como el tabaco. En este grupo está el enfisema y la bronquitis crónica. En la EPOC se puede conseguir un control de los síntomas y una mayor calidad de vida, reduciendo el riesgo de padecer otras afecciones relacionadas, pero no se puede curar.

**PALABRAS CLAVE:** EPOC, ENFERMEDAD PULMONAR, DIFICULTAD RESPIRATORIA, ENFISEMA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, BRONQUITIS CRÓNICA.

## **ATENCIÓN ENFERMERA ANTE UN PACIENTE CON ESTENOSIS POR CRECIMIENTO TUMORAL POR ENCIMA DE LA PRÓTESIS ESOFÁGICA**

OSCAR CORPAS AGUILERA, REBECA MARTIN REBOLLO, SOFIA PATON BECERRA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 84 años que presenta imposibilidad de tragar líquidos y sólidos, además de un dolor intenso al intentar tragarlos y justo después regurgita el alimento. Antecedentes personales: Adenocarcinoma de esófago distal con metástasis hepática y prótesis esofágica. Aneurisma de aorta, prostatectomía por HBP, artrosis, colecistectomía, HTA. NAMC

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Consciente, orientado, disfagia mixta y odinofagia. Hipotenso, afebril. Analítica completa donde se evidencia signos de desnutrición y deshidratación. Se efectúa endoscopia digestiva alta por la cual se se evalúa estenosis mamelonada justo por encima de la prótesis esofágica. Se procede a dilatar hasta 13.5 Cm, consiguiendo su permeabilidad. Una vez ingresado en planta de digestivo, enfermería realiza valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon, además de test Barthel, Norton, Lobo y Tinetty.

**JUICIO CLÍNICO:** Estenosis de esófago por crecimiento tumoral. **PLAN DE CUIDADOS:** Tras realizar una valoración enfermera integral, se detectan otros diagnósticos enfermeros, que según la taxonomía NANDA, se definen como: Desesperanza 00124. Temor 00148. Ansiedad ante la muerte 00147. Desequilibrio nutricional por defecto 00002. Deterioro de la deglución 00103. Déficit de volumen de líquidos 00027. Dolor agudo 00132.

**CONCLUSIONES:** Los enfermos oncológicos, que por las características y la evolución propia de su enfermedad no son candidatos de tratamiento activo, suelen ser pacientes que necesitan cuidados paliativos. En nuestro caso, ingresó un paciente con imposibilidad de alimentarse, con gran ansiedad y temor, ya que era conocedor de su propia enfermedad y gracias a una técnica no invasiva y con un fin de paliar una complicación nuestro paciente gozará de cierta calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** ESTENOSIS, TUMORAL, CUIDADOS PALIATIVOS, ENDOSCOPIA, ENFERMERÍA.

## ATENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTE CON ÚLCERA POR PRESIÓN COMPLICADA

OSCAR CORPAS AGUILERA, REBECA MARTIN REBOLLO, SOFIA PATON BECERRA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 86 años que ingresa en urgencias con lesiones en pie derecho, con signos de infección. Antecedentes personales: HTA, DM tipo 2, ICC, FA, IRC, pie diabético neurovascular, amputación supracondilea izquierda y 4º dedo del pie derecho. Ingreso hace tres meses por osteomielitis del pie con colonización MRSA.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se observa upp grado III en 5 ° meta del pie derecho, con un diámetro de 4 cm, con exudado abundante, esfacelos, sin exposición del hueso. Hace unos meses sufrió osteomielitis con pérdida total de la cabeza del 5 ° meta. Según las pruebas complementarias muestran una anemia ferropénica y colonización *Estafilococo aureus* resistente a la meticilina. Enfermería realiza una valoración de la herida y apuesta por un nuevo tratamiento, Altrazeal® es un avanzado material compuesto por partículas de polímeros formuladas en polvo, que se está utilizando en upp complicadas.

**JUICIO CLÍNICO:** Infección de upp III con retraso de la cicatrización. **PLAN DE CUIDADOS:** Tras realizar una valoración enfermera integral, se detectan otros diagnósticos enfermeros, que según la taxonomía NANDA, se definen como: Déficit de autocuidado: Baño/Higiene 00108. Déficit de autocuidado: Uso del WC 00110. Pérdida de la integridad cutánea 00046.

**CONCLUSIONES:** Una vez resuelta la infección con el antibiótico indicado según el cultivo, se procede a realizar las curas con Altrazeal® en polvo. Tras 2 meses de tratamiento se logra reducir el diámetro a 2 cm, momento en el que se produce un estancamiento en la cicatrización. Por tanto se decide volver a curas con Urgotull absorb acompañado de silvederma en el lecho de la upp, logrando en este caso la resolución completa de la úlcera.

**PALABRAS CLAVE:** UPP, ESFACELOS, EXUDADO, RETRASO DE CICATRIZACIÓN, COLONIZACIÓN.

## **A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO**

JESSICA YESENIA VELOZ VERDUGO, ISABEL MARIA DE LOS RIOS BARBA, LUCÍA MARTÍNEZ ESCOBAR

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente mujer de 85 años llevada en ambulancia desde su domicilio a la sala de urgencias. La hija nos refiere que su madre se encontraba bien durante el día pero que al llegar la noche se puso muy irritable, no reconocía su casa y respondía muy agresiva cuando intentaba acercarse. La paciente desde hace un año ya no reside en su domicilio habitual y vive seis meses en casa de su hija y los otros seis en la de su hijo. Antecedentes personales: prótesis de cadera, diabetes mellitus.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza una anamnesis exhaustiva a la hija. En la toma de constantes se obtuvo: T/A: 130/85. Fc: 120 latidos. Se le realiza: Análisis de sangre y se encuentra un cambio en su hemoglobina glucosilada. Análisis de orina. Radiografía de tórax. Electrocardiograma.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome confusional agudo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos registrados en la anamnesis y en la exploración y los resultados de la analítica sanguínea se puede asegurar que la paciente presenta un síndrome confusional aguda probablemente debido a una patología de base, en este caso a la diabetes mellitus, junto con el cambio de domicilio que realiza la paciente que le provoca una desorientación espacial.

**PLAN DE CUIDADOS:** Control de síntomas. Administración de tratamiento farmacológico. Evitar que dos pacientes con el mismo problema estén en la misma habitación.

**CONCLUSIONES:** Un síndrome confusional agudo se suele presentar con un comienzo agudo y fluctuante durante el día y puede durar horas o días. Su presentación clínica puede ser de modo hiperactivo, hipoactivo o mixto. Se puede desarrollar por múltiples causas y muchos factores que lo precipitan. El reconocimiento precoz y la correcta identificación de los factores precipitantes y las medidas terapéuticas adecuadas mejoran el pronóstico del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO, FACTORES PREDISPONENTES, PRESENTACIÓN CLÍNICA, PREVENCIÓN, CUIDADOS.

## FACTORES DE PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

VERONICA PEREZ SANCHEZ, MERCEDES ROMANA FERNÁNDEZ, JOSE ALEJANDRO SOLTERO SANTANA

**INTRODUCCIÓN:** Uno de los problemas que con más frecuencia aparece en las personas con diabetes es el pie diabético, considerando a este como lesiones en las extremidades inferiores entre las que pueden aparecer úlceras y amputaciones.

**OBJETIVOS:** El principal objetivo es identificar los factores de prevención del pie diabético.

**METODOLOGÍA:** Hemos realizado una revisión bibliográfica realizando la búsqueda en las bases de datos Dialnet, Medline, Cinahl y Google académico, utilizando los descriptores estandarizados en ciencias de la salud (DeCS): pie diabético, diabetes, prevención. Se seleccionaron 2 artículos publicados en los últimos diez años.

**RESULTADOS:** El pie diabético tiene un alto índice de morbilidad, además de ello suelen tener muchas complicaciones las cuales pueden llegar a amputaciones. Por ello se debe hacer hincapié en la prevención de las complicaciones y tener un correcto cuidado de los pies para evitar ciertos problemas que puedan surgir en los miembros inferiores. Las personas con diabetes deben llevar un adecuado control de esta, teniendo las cifras de glucosa en valores normales, tener una dieta equilibrada y saludable, realizar ejercicio físico moderado y asistir a los controles médicos. Con todo ello se podrá reducir el riesgo de ciertas complicaciones.

**CONCLUSIÓN:** Puesto que en la actualidad la diabetes cada día la sufren más y más personas y con ello aumenta los casos de pie diabético, es necesario que las personas con diabetes tengan más conocimiento sobre cómo prevenir la aparición del pie diabético y poder tener una mejor calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES, CUIDADOS DEL PIE DIABETICO, PIE DIABÉTICO, FACTORES DE PREVENCIÓN.

## **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: LA DETECCIÓN DEL ALZHEIMER**

LAURA JIMENEZ HEREDIA, PENELOPE MUÑOZ PAREJA, MARIA JOSE MARTIN SILVA

**INTRODUCCIÓN:** Definimos Alzheimer o Demencia Senil como un síndrome mental orgánica, es una enfermedad neurológica, progresiva, crónica e irreversible, que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a trastornos del pensamiento, juicio, funciones cognitivas y modificaciones de la personalidad... Entre las demencias neurodegenerativas, la más frecuente es esta enfermedad, el alzheimer. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, es incurable, y aparece con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años de edad. Síntomas: Alteraciones en el aseo, en la alimentación, en el reconocimiento de personas o lugares, incontinencia de esfínteres..

**OBJETIVOS:** Determinar la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la detección del Alzheimer.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Retrasar la progresión del deterioro cognitivo del cerebro, para mejorar la calidad de vida del enfermo, retrasando de esta forma la pérdida de memoria y todos los deterioros que conlleva esta enfermedad. Mejorar la relación con los demás, estimulando la memoria y la concentración, transmitiéndoles comprensión y escucha. Debemos utilizar habilidades en comunicación para que haya una comunicación eficaz con los pacientes con esta enfermedad: Cuidando el lenguaje verbal y el no verbal. Teniendo una actitud afectuosa, paciente, empática y disciplinada. Fomentar la autonomía. Realizando actividades para ejercitar la memoria y la percepción del enfermo. Adecuar nuestra comunicación a su nivel de comprensión y expresión, hablar despacio, claro y de forma afectuosa usando un tono moderado de voz. Tener comunicación no verbal con ellos (sonrisas, miradas, contacto físico). Darles tiempo de respuesta, sin corregirlos sistemáticamente ni discutir o regañarles. Utilizar frases cortas, familiares y repetir si es necesario con refuerzo positivo.

**CONCLUSIÓN:** Para hacer mas llevadera a las personas con esta enfermedad, debemos calmarlos en los momentos más críticos y agresivos, teniendo una buena comunicación con ellos. Reforzarlos de forma positiva con sus mejoras diarias, siendo empáticos y teniendo una relación personalizada con cada uno de ellos.

**PALABRAS CLAVE:** ALZHEIMER, ENFERMEDAD, CEREBRO, MEMORIA.

## **IMPORTANCIA DEL VENDAJE COMPRESIVO MULTICAPA SOBRE LAS ÚLCERAS VENOSAS**

NAZARET MARIA JIMÉNEZ VALENZUELA, INMACULADA JIMENEZ VALENZUELA, BEATRIZ GALAN SENDRA

**INTRODUCCIÓN:** Las úlceras venosas son unas lesiones cutáneas que aparecen en la piel como consecuencia de la insuficiencia venosa crónica, sobre todo en los miembros inferiores, en personas mayores de 65 años. El uso del vendaje compresivo multicapa es el tratamiento de elección para mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan dicha patología.

**OBJETIVOS:** Determinar la importancia del vendaje compresivo multicapa sobre las úlceras venosas por parte de los profesionales de enfermería.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión bibliográfica de los últimos 6 años (2012-2018) sobre publicaciones acerca de la importancia del vendaje compresivo multicapa sobre las úlceras venosas en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane y ScieLo. Utilizando los descriptores en español sobre ciencias de la salud (DeCS), empleando las siguientes palabras clave: calidad de vida, profesionales sanitarios, úlceras venosa y vendaje compresivo multicapa. Seccionando un total de 15 artículos por diversos criterios de inclusión y exclusión.

**RESULTADOS:** Los resultados ponen de manifiesto que el uso del vendaje compresivo multicapa en las úlceras venosas por parte de los profesionales de enfermería, mejora la microcirculación, reduce el edema de la zona, el dolor en los miembros inferiores, compensa los efectos de la hipertensión venosa y mejora la sintomatología en general del paciente, además de proteger la piel y las heridas presentes en dicha zona.

**CONCLUSIÓN:** Queda evidenciado científicamente que el vendaje compresivo multicapa es de vital importancia en el tratamiento de las úlceras venosas, y que los profesionales de enfermería deben saber y conocer dicha técnica para ponerla en práctica y aumentar con ello la calidad de vida de dichos pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** CALIDAD DE VIDA, PROFESIONALES SANITARIOS, ÚLCERAS VENOSAS, VENDAJE COMPRESIVO.

## **INCONTINENCIA URINARIA: REPERCUSIÓN, FUNCIONES DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO**

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

**INTRODUCCIÓN:** Es la emisión involuntaria o incontrolada de orina. Es más común en ancianos aunque afecta a personas de todos los grupos de edad. Como factores de riesgo reconocidos están en las mujeres, la edad y el número de partos. Entre las consecuencias están las infecciones del tracto urinario, las irritaciones, las úlceras de la piel, y de presión así como las limitaciones de la actividad. Otros problemas añadidos pueden ser higiénicos, sociales y psicológicos afectando a su calidad de vida.

**OBJETIVOS:** Identificar los factores de riesgo. Valorar las causas que la originan. Analizar la bibliografía acerca de como actuar y tratar dichas causas. Determinar la afectación de la calidad de vida.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en base de datos computerizados: Enfermería Global, PubMed y Scielo. Los descriptores de búsqueda fueron: “Repercusión”, “incontinencia urinaria”, “Cuidados de Enfermería”, “Tratamiento”, “Factores de Riesgo”. Se han seleccionado artículos publicados en los últimos 15 años.

**RESULTADOS:** Tipos: Incontinencia de esfuerzo. Incontinencia por urgencia o imperiosa. Incontinencia mixta. Incontinencia refleja. Incontinencia por sobreflujo o rebosamiento. Incontinencia funcional. Consejos: Beber abundantes líquidos. Aprender a vaciar la vejiga. Aprender a controlarse. Cuidar los músculos del suelo pélvico. Practicar ejercicio físico de forma regular. Ingerir alimentos ricos en fibra con el fin de evitar el estreñimiento. Reducir peso. Tratamiento: considerar la valoración de las causas que la originan y a la actuación sobre las mismas.

**CONCLUSIÓN:** La reeducación vesical o adiestramiento vesical se fundamentan como pautas a tener en cuenta en la prevención y tratamiento de la incontinencia. El diagnóstico precoz como la puesta en marcha de medidas preventivas, recomendaciones y consejos son hábitos saludables que generan el fortalecimiento del suelo pélvico y por ende de futuras incontinencias.

**PALABRAS CLAVE:** REPERCUSIÓN, INCONTINENCIA URINARIA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, TRATAMIENTO, FACTORES DE RIESGO.

## LIPODISTROFIA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO DIABÉTICO

ALEJANDRO SANCHEZ-MERENCIANO GARCIA, JOSE VICENTE FERNÁNDEZ, DAVID MARIN MARTINEZ, GREGORIO ROMERO CANDEL, ANDRÉS FUENTES SOTO, BLANCA MONTEAGUDO JUNCOS

**INTRODUCCIÓN:** La lipodistrofia es una de las complicaciones más frecuentes que puede presentar el anciano diabético, llegando a un 40,4%. Es una patología relevante ya que provoca una absorción errática de la insulina inyectada. Podemos encontrar dos tipos, lipohipertrofias, con una incidencia del 98% de casos, así como, las lipoatrofias con un 2% de incidencia. La presencia de lipodistrofia puede provocar un deterioro del control glucémico y un incremento de las necesidades de insulina, aumentado esta hasta un 50%. La enfermera debe de conocer las distintas zonas de administración de la insulina, así como la correcta inyección, conociendo los riesgos de reutilización de agujas y prestando educación sanitaria a los residentes como familiares, así como finalmente explorar zonas donde puede aparecer esta patología.

**OBJETIVOS:** Analizar la importancia de una guía estandarizada para el personal sanitario.

**METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio descriptivo transversal bibliográfico de los trabajos recuperados mediante revisión bibliográfica, guías y protocolos. Todos los datos que se utilizan en este estudio se obtuvieron de la consulta directa y acceso, vía Internet a la literatura científica recogida en bases de datos.

**RESULTADOS:** Los enfermeros que trabajan en el entorno residencial obtienen un manual de referencia con el que se ha estandarizado su procedimiento de la administración de insulina. Los usuarios de residencias reciben una atención más especializada, pudiendo así los profesionales resolver actuaciones de manera satisfactoria.

**CONCLUSIÓN:** Por ello, el profesional cuente con un manual sobre el procedimiento y sistematice sus actuaciones. Optimizando la atención y actuando con la mayor eficacia, prestando educación sanitaria con el fin de obtener para el residente un mayor nivel asistencial y una mayor calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** EPS, LIPODISTROFIA, LIPOHIPERTROFIA, LIPOATROFIA, DIABÉTICO.

## **INFECCIÓN RESPIRATORIA VERSUS GRIPE A Y B**

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Señora de 92 años con antecedentes de hta en tto con antihipertensivos, glaucoma y espondiloartrosis, dependiente para las abvd y que vive institucionalizada, acude a urgencias por aumento de la disnea y fiebre de 37.5 -38° En los últimos cinco días. Viene con cuadro catarral con tos sin expectoración, con sibilantes, ya tratada con broncodilatadores y mucolíticos sin mejoría. Leve dolor costal, no recorte de diuresis.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A su llegada a urgencias se le administra metilprednisona de 60 mgr y broncodilatadores, con leve mejoría. Presenta taquipnea a 30 rpm con importante trabajo respiratorio, saturado en el 80% basal, t/a 140/70 mmhg y 38° termometrado. Analítica: glucemia 133, creatinina 0.5, Urea 133, k 3.98, Pcr 48.2, Hb 12.6, 9930 Leucos, plaquetas 238.000, Inr 1.08, Gsa ph 7.35, Po2 46, pco2 68, hco3 21.4. En el ekg presenta ritmo sinusal a unos 70 lm con extrasístoles aisladas. Se le sacan hemocultivos seriados, en rx presenta mancha condensante en lado derecho. Se saca pcr gripe y da negativo.

**JUICIO CLÍNICO:** Se confirma infección respiratoria derecha, nac, encefalopatía hipercapnia, hta, hiperglucemia de estrés e insuficiencia respiratoria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con la realización de la pcr diagnostica. Se realiza diagnostico diferencial con proceso de gripe a y b.

**CONCLUSIONES:** Tras la realización de las distintas pruebas complementarias se llega al descarte de la gripe a y b. La rx demuestra una mancha condensante compatible con neumonía. Por ello en esta temporada de cuadros catarrales es tan necesaria la realización de dichas pruebas como métodos de diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** DISNEA, FIEBRE, PCR, TÓRAX, GASOMETRÍA.

## FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS

ISABEL MARIA MUÑOZ BENAVIDES, MARIA DE LA PAZ FERNANDEZ ROBLES, OLGA GARCÍA GARCÍA

**INTRODUCCIÓN:** La osteoporosis es una enfermedad sistémica del esqueleto, caracterizada por la disminución de la resistencia ósea, que conlleva un aumento del riesgo de fracturas. Es una de las enfermedades más frecuentes del sistema musculoesquelético en las personas mayores.

**OBJETIVOS:** Identificar los principales factores de riesgo en la osteoporosis. Conocer las medidas de prevención de la osteoporosis.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos: scielo, dialnet y pubmed, obteniendo 10 artículos publicados desde el 2014 en inglés y español. Como descriptores se han utilizado: osteoporosis, factores de riesgos, prevención y enfermería; y como operadores booleanos: “and”, “or” y “comillas”.

**RESULTADOS:** Los factores de riesgo son: Envejecimiento. Poca ingestión o absorción de calcio. Falta de actividad física. Enfermedades crónicas (hiperparatiroidismo, tumores, reumatismos). Disminución de estrógenos y progesterona. Menopausia precoz. Anaovulación. Tabaquismo. Abuso de alcohol y café. Las medidas de prevención de la osteoporosis son: Tomar una dieta rica en calcio. Prevenir las fracturas. Evitar el senderismo. Realizar actividad física. No fumar ni beber en exceso. Mantener posturas correctas.

**CONCLUSIÓN:** Teniendo en cuenta la importancia de la osteoporosis como un verdadero problema de salud pública está totalmente justificada la implantación de medidas preventivas eficaces y evitar los factores de riesgo. Deben de ser efectivas desde las etapas tempranas del desarrollo esquelético para minimizar al máximo las consecuencias de la osteoporosis.

**PALABRAS CLAVE:** OSTEOPOROSIS, FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN, ENFERMERÍA.

## PACIENTE MUJER QUE PRESENTA OCLUSIÓN INTESTINAL

VIRGINIA BERODAS CUEVA, SILVIA MARTÍN MENÉNDEZ, PATRICIA RODRIGUEZ FERNANDEZ, MIREYA ORDIZ BLANCO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer 89 años, institucionalizada. Totalmente dependiente actividades básicas de la vida Diaria. No deambula. Alzheimer avanzado. No antecedentes de interés. Su tratamiento habitual son neurolépticos. Derivada a Atención Especializada por un episodio de vómito con restos sanguinolentos. No episodio de broncoaspiración presenciado.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Normotensa. Afebril. Eupneica en reposo. Niegan clínica catarral, disnea o quejas de dolor torácico. Probables molestias a nivel abdominal (la paciente se lleva la mano continuamente al abdomen) No clínica miccional. No deposición desde hace 4 días. Abdomen distendido, sin signos de irritación peritoneal. En la placa de abdomen se ve dilatación gástrica, aireación de todo el marco cólico, con presencia de heces en ampolla.

**JUICIO CLÍNICO:** Cuadro pseudoobstructivo intestinal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La paciente presenta una evolución favorable tras inicio de dieta absoluta y tratamiento con enemas, hasta normalización de hábito intestinal, sin nuevos episodios de vómito. Al inicio en la auscultación hay ruidos hidroaéreos aumentados, de lucha y metálicos La Rx de abdomen de control difiere con la del día del ingreso, hay un patrón inespecífico, sin dilatación gástrica. Se descarta una gastroenteritis ya que no hay mas episodios de vómitos ni diarrea durante el ingreso. En la Ecografía no se ven colecciones, líquido libre, ni patología renal.

**CONCLUSIONES:** El encamamiento prolongado en ancianos y la disminución del aporte de líquidos, los hace más propensos a padecer oclusión/suboclusión intestinal. Una vez solucionada la suboclusión con Enemas y dieta absoluta, se inicia una dieta rica en fibras con aporte de frutas y verduras, e ingesta hídrica abundante. Se reinicia su tratamiento habitual, añadiendo laxantes para una deposición diaria.

**PALABRAS CLAVE:** ANCIANO, OCLUSIÓN INTESTINAL, ESTREÑIMIENTO, VÓMITOS.

## PATOLOGÍAS EN LA VEJEZ Y PLURIPATOLOGÍA EN ANCIANOS

MARIA DEL CARMEN GÓMEZ MORENO, MARINA LUZ COSANO ARIZA, PILAR RUIZ YÉBENES

**INTRODUCCIÓN:** El envejecimiento de la población es un fenómeno que se está produciendo en todos los países desarrollados y su previsión es que se mantenga una proyección constante. Todo ello provoca la coexistencia de patologías crónicas como la hipertensión arterial, diabetes, dislipemias (pluripatología o comorbilidad), que le imprimen un cierto grado de fragilidad clínica, con deterioro funcional, pérdida de su autonomía y discapacidad con tendencia a la polimedicación.

**OBJETIVOS:** Determinar estrategias que permitan abordar la demanda existente, controlar y prevenir las enfermedades crónicas.

**METODOLOGÍA:** A través de la búsqueda en las siguientes bases de datos: PreMEDLINE, MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, EMBASE y COCHRANE LIBRARY; se visitaron sitios web como Blue Cross and Blue Shield Association-Technology Evaluation Center, Institute for Clinical Evaluative Services (ICES), National Institute of Clinical Excellence (NICE); así como las páginas web de diferentes sociedades científicas como la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.

**RESULTADOS:** Existe una tendencia ascendente de las patologías crónicas hasta el punto que el 73% de los mayores de 65 años declaran presentar al menos una enfermedad crónica, elevándose al 78,5% en mayores de 75 años. Se calcula que las enfermedades crónicas consumen el 80% de todas las consultas de Atención Primaria. Otro dato a tener en consideración es la ingesta de fármacos, el 94% de las personas que padecen enfermedades crónicas están polimedizadas.

**CONCLUSIÓN:** El envejecimiento y la pluripatología consumen elevados porcentajes de recursos tanto sociales como sanitarios. En este sentido, la aplicación de modelos de atención a crónicos resulta fundamental para optimizar el uso de dichos recursos, consiguiendo una mejor atención a los pacientes, con reducción de ingresos hospitalarios, reducción de mortalidad, beneficios en calidad de vida y mayor eficiencia en la gestión de los recursos.

**PALABRAS CLAVE:** ENVEJECIMIENTO, ANCIANOS, DEPENDENCIA, PLURIPATOLOGÍA.

## LA GRIPE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EDAD AVANZADA

TERESA GALMES RAMIREZ, MIGUEL JOSE GUILLEN CABALLERO, NOELIA FERNANDEZ MORAL

**INTRODUCCIÓN:** La influenza o gripe es una infección respiratoria aguda (IRA) con un gran impacto anual en morbilidad y mortalidad sobre todo en las edades extremas de la vida. La vacunación anual es una prevención recomendada para personas de alto riesgo a desarrollar complicaciones de la IRA en mayores de 65 años o con patologías crónicas.

**OBJETIVOS:** Identificar/conocer los cuidados enfermeros en la gripe.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos científicas entre 2010 y 2017 tales como Pubmed, Medline, Dialnet, Cochrane con los siguientes descriptores; “gripe”, “vacunación”, “anciano”, “calidad de vida”. De un total de 71 referencias encontradas se analizaron 47 artículos nacionales e internacionales para su posterior análisis.

**RESULTADOS:** Los síntomas de la gripe, ya sean causados por los virus de la influenza estacional o porcina, son similares en todas las edades. Estos síntomas pueden ser fiebre, dolor de cabeza, cansancio y fatiga, agotamiento, dolor general, malestar en el pecho y tos, dolor de garganta y secreción o congestión nasal. Estas IRA y las complicaciones secundarias a ellas disminuyen con una previa vacunación antigripal.

**CONCLUSIÓN:** Si comparamos los pacientes jóvenes con los mayores, se observa que las IRA en el anciano presenta menor expresividad clínica y se desarrollan de forma atípica, con una sintomatología más oculta. Debido a los cambios en el mecanismo de termorregulación puede que el síntoma de fiebre asociado a infección no exista o apenas se perciba en el anciano y los otros síntomas guía para el diagnóstico de gripe no se presenten o hacerlo de forma atípica. La inmunización antigripal es una intervención efectiva para la prevención de la gripe y de sus complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** GRIPE, VACUNACIÓN, ANCIANO, CALIDAD DE VIDA.

## **LAS PATOLOGÍAS EN LA TERCERA EDAD**

MARÍA DEL CARMEN PAREJO ARIZA, MARÍA DEL CARMEN MELÉNDEZ CUMPLIDO, ANGELA MARTIN ROJANO

**INTRODUCCIÓN:** La prolongación de la esperanza de vida, las personas alcanzan una edad en la cual incrementa de forma considerable el riesgo de desarrollar patologías crónicas y degenerativas junto a diversas incapacidades. Por lo cual, las personas mayores son más vulnerables a las enfermedades, debido a que su salud es más frágil. Entre las patologías más frecuentes, encontramos: la artrosis, caídas, desnutrición, etc. Es muy importante tener una buena alimentación para mitigar los efectos en las patologías que desarrollen y que puedan reforzar sus defensas inmunitarias.

**OBJETIVOS:** Identificar la patología que afecta a las personas para mejorarla con un tratamiento adecuado y personalizado.

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

**RESULTADOS:** Estudios demográficos demuestran el crecimiento que hay en el rango de la tercera edad. En los estudios de campo los gerontólogos y geriatras y profesionales del sector sanitario, creen necesario adaptar la alimentación a las enfermedades padecidas junto con un buen tratamiento farmacológico que frenen los efectos de estas patologías.

**CONCLUSIÓN:** Hay que intentar contribuir reducir en lo posible el decaimiento en la salud de las personas mayores afectadas por estas patologías con tratamientos adecuados. Debemos intentar reducir el sufrimiento y combatir la sensación de deterioro en nuestros mayores y cuidarlos con especial dedicación, amor y cariño, como se merecen, para poder hacerles lo más llevadera posible, la vida que les quede por vivir.

**PALABRAS CLAVE:** PATOLOGÍAS, ANCIANOS, SALUD, ALIMENTACIÓN.

## **CASO CLÍNICO: VALORACIÓN DE ANCIANO DEPENDIENTE Y PLURIPATOLÓGICO**

NEREA BANGO ANTUÑA, CRISTINA CALDENTY HUGUET, SANDRA CORTES FERNANDEZ, MARIA DEL MAR CRESPI MARCÉ, ALMUDENA DE LA FUENTE RISUEÑO, NEUS MARTÍ PASTOR, MARIA ORELL LUQUE, ROSALIA ORTEGA VILA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 93 años valorada por su enfermera de referencia tras empeoramiento del estado general. Su cuidadora, con la que vive, indica que observa que en los últimos meses la paciente ha observado una mayor dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. Cuenta con apoyo familiar. Como antecedentes médicos presenta Diabetes Mellitus tipo II y Hipertensión Arterial Esencial.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Presenta controles hemodinámicos correctos y el control vacunal al día. Imposibilidad de realizar controles antropométricos por encamamiento de la paciente. Se realiza la valoración de dependencia de las actividades de la vida diaria mediante las escalas de Barthel, Katz, Lawton y Brody y Braden.

**JUICIO CLÍNICO:** Anciano frágil dependiente. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 00047 - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c falta de movilidad. Objetivo (NOC): mantener la integridad tisular y la función fisiológica de piel y membranas mucosas.

**CONCLUSIONES:** Debemos de continuar con una valoración multidisciplinar de la paciente debido a la gran complejidad que supone su situación actual de anciano de riesgo. Por ello, el objetivo principal que nos proponemos es la instrucción de la cuidadora principal para realizar el cuidado óptimo de la paciente y el fomento, si es posible, de la independencia en las actividades básicas de la vida diaria.

**PALABRAS CLAVE:** ANCIANO, PLURIPATOLÓGICO, DEPENDIENTE, CUIDADOR, ENFERMERÍA.

## MAREOS Y DISNEA ANTE MÍNIMOS ESFUERZOS

ALMUDENA DE LA FUENTE RISUEÑO, NEREA BANGO ANTUÑA, CRISTINA CALDENTY HUGUET, SANDRA CORTES FERNANDEZ, MARIA DEL MAR CRESPI MARCÉ, NEUS MARTÍ PASTOR, MARIA ORELL LUQUE, ROSALIA ORTEGA VILA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 85 años de edad. Ama de casa. Vive en un 2º piso con ascensor. Acude a urgencias, acompañada de uno de sus hijos, cuidador principal, para ser valorada ya que presenta disnea y mareos. Esta consciente y orientada. Se puede mantener una conversación coherente con ella.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Presenta HTA y DM tipo 2. Con antecedentes de IAM, angina cardíaca y varias intervenciones quirúrgicas. En la exploración encontramos ruidos respiratorios mínimos, crepitantes bibasales con disnea a mínimos esfuerzos. Tonos cardíacos mínimos sin soplos. Presenta edema en MMII. Se le realiza control de constantes, RX de tórax, eco cardiograma transtorácico. Se le realiza la escala de barthel de AVD, la cual nos indica, grado de dependencia moderado.

**JUICIO CLÍNICO:** Paciente que presenta hipoxemia, bronconeumonía por un organismo sin especificar y bronquitis aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza la escala de barthel de AVD se observa que presenta un grado de dependencia moderado.

**PLAN DE CUIDADOS:** Suplencia parcial para la higiene y cuidados de la piel: Noc: mantener piel, mucosa, cabellos y uñas, limpios y cuidados. Nic: Ayuda con los cuidados. - Actividades: Pautas para una correcta higiene e hidratación de la paciente. Pautas para un correcto cuidado de los pies. Suplencia total para vestirse y desvestirse: Noc: Facilitar el uso adecuado de piezas de vestir y los objetos de cuidado personal. Nic: Ayuda con los cuidados. - Actividades: Uso de ropa adecuada. Evitar accesorios que puedan producir lesiones. Pautas a la hora de vestirse.

**CONCLUSIONES:** Tras ser valorada en urgencias queda ingresada en la planta de neumología. Se programa control de saturación y glucemia capilar cada 8 horas. Se administra oxigenoterapia con GN a 2L, nebulizaciones con broncodilatadores, antibioterapia y diuréticos, a parte de su tratamiento habitual. Tras 10 días de ingreso hospitalario, recibe el alta médica con continuidad de cuidados por parte de atención primaria.

**PALABRAS CLAVE:** HIPOXEMIA, DISNEA, NEUMONÍA, MAREOS.

## **ABORDAJE DE LAS DEMENCIAS: LA CREACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA**

MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PÉREZ, MERCEDES SANCHEZ CASTILLO, MARIA ISABEL RAMOS PÉREZ

**INTRODUCCIÓN:** Uno de los tratamientos más recomendados para el paciente con demencia es el de las terapias de psicoestimulación cognitiva. Su función es reforzar las facultades mentales afectadas por la evolución de la enfermedad, manteniendo las capacidades funcionales de la vida diaria. Pero ¿qué ítems debemos incluir en la creación de un programa de psicoestimulación cognitiva?

**OBJETIVOS:** Analizar los parámetros que deben incluirse en la creación de un programa de psicoestimulación cognitiva.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos en español y en inglés (Biblioteca Cochrane Plus, Ciberindex CUIDEN, Biomed Central y CSIC-ISOC), con una temporalidad establecida entre 2005-2017. Los descriptores en inglés fueron: “cognitive therapies”, “dementia”, “geriatrics”. Los descriptores en español fueron: “terapias cognitivas”, “demencia”. Se utilizaron criterios de búsqueda completos mediante uso del operador booleano AND. Después de un primer cribado, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: Artículos con palabras clave aparecidas en título y resumen. Artículos con acceso a texto completo. Artículos en idioma inglés y español. Temporalidad: 2005-2017. Tras la búsqueda sistemática y según los criterios de inclusión, de las 82 referencias encontradas, se seleccionaron 9 artículos.

**RESULTADOS:** En la creación de un programa de psicoestimulación cognitiva es importante tener en cuenta las capacidades del enfermo en las AVD, su historia de vida, posibles alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión, delirios) y cambios de comportamiento. Los parámetros que se deben incluir en la terapia son: memoria, lenguaje (expresión y fluidez verbal, comprensión, lectura y escritura), orientación (espacial, temporal, personal), atención (focalización, discriminación y atención mantenida) y cálculo (operaciones y gestión del dinero).

**CONCLUSIÓN:** La inclusión de las terapias cognitivas dentro del trabajo asistencial sanitario mejoraría la calidad de vida del paciente y la capacidad de autonomía en las actividades de la vida diaria. De igual modo, se incrementaría la calidad de vida del cuidador o familiar.

**PALABRAS CLAVE:** TERAPIAS ALTERNATIVAS, DEMENCIA, GERIATRÍA, ESTIMULACIÓN COGNITIVA.

## CUIDADOS DE UN PACIENTE CON ÚLCERA POR PRESIÓN

MARIA DEL CARMEN VILLEGAS MARTIN, BELINDA MORALES SÁNCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 77 años, que presenta úlcera por presión en zona sacra (lesión o trastorno de la integridad de la piel que se manifiesta con una zona localizada de necrosis isquémica en tejidos que cubren prominencias óseas en zonas de apoyo prolongado); se debe principalmente a la falta de oxígeno en un área de la piel. Úlcera con tejido desvitalizado, localizada en sacro y talones. El paciente presenta bacteriemia, fiebre, hipotensión y confusión mental.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Pruebas diagnósticas recogida de muestra de zona con infección en la úlcera y evaluación, así como su localización. También observamos las localizaciones de úlceras por presión debidas a dispositivos externos, ejemplo, un tubo endotraqueal (puede producir escaras en labios, lengua y encías). Análisis de sangre, y toma de constantes vitales. Diagnóstico de úlceras por presión de estadio III en zona sacra, con pérdida parcial del espesor de la piel o ampolla, úlcera abierta profunda, con esfacelos, dolor moderado a la palpación y mal olor.

**JUICIO CLÍNICO:** Úlcera por presión (UPP). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras confirmar el grupo de trabajo del personal sanitario las úlceras, valoran los problemas y consecuencias en su calidad de vida, haciendo protocolos personalizados y criterios correspondientes de actuación. Como existe contaminación y colonización cuentan con problemas de cicatrización, retrasándola. También sus signos complementarios, ya que existe abundante exudado seroso, edema, y olor fétido.

**CONCLUSIONES:** Inicio de elaboración de planes de actuación; evitar presión sobre el tejido, la silla, la desnutrición, y uso de determinados medicamentos. Los cambios posturales masajeando la zona cada 3 horas y registrando la postura y hora evitando la fricción y el arrastre. Evitar dejar arrugas en las sábanas y no apoyar la zona sobre la úlcera. Revisar constantemente las zonas de mayor riesgo.

**PALABRAS CLAVE:** BACTEREMIA, ESTADIO III, CUIDADOS, INTERVENCIONES, ÚLCERA, ENFERMERÍA.

## PRESÍNCOPES DE REPETICIÓN EN VARÓN DE 76 AÑOS

IGNACIO INIESTA-PINO ALCÁZAR, FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ FELICES, ARANZAZU SOBRAO LOPEZ, CARLOTA ROYO-VILLANOVA REPARAZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 76 años que acude al servicio de Urgencias por cuadro de síncope tras levantarse de la mesa después de comer. Refiere recuperación posterior rápida, sin bradipsiquia posterior, no pérdida de control de esfínteres, no contracciones tónico-clónicas. Acude para revisar que no hay alteraciones orgánicas. El paciente ha presentado en varias ocasiones estos episodios habiéndolo estudiado en Cardiología, sin hallazgos patológicos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Eupneico en reposo, no ingurgitación yugular. ACP: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: normal. Miembros inferiores: no edemas, no signos de trombosis venosa profunda, no frialdad acra, pulsos pedios conservados. Analítica: sin hallazgos representativos. Radiografía de tórax: compatible con normalidad. ECG: sin hallazgos de interés.

**JUICIO CLÍNICO:** Tras confirmar con exploración y pruebas complementarias la ausencia de patología orgánica aguda y revisando estudios previos el paciente ha presentado un síncope de perfil ortostático desencadenado por el cambio de posición tras un periodo de inactividad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ante un episodio de pérdida de conocimiento lo primero es determinar si es de perfil cardiocirculatorio o neurológico. Para ello es fundamental la anamnesis ya que los tiempos de recuperación de conciencia, confusión posterior, control de esfínteres y presencia de episodios de contracciones tónico-clónicas. Además debemos identificar los posibles desencadenantes, ya que cambios de posición, esfuerzos y tiempos de bipedestación prolongados orientan hacia origen cardiocirculatorio, mientras que periodos de falta de sueño o estímulos luminosos pueden orientar hacia patología neurológica.

**CONCLUSIONES:** Tras comprobar en exploración y pruebas complementarias la ausencia de alteraciones orgánicas y el diagnóstico previo compatible con la patología actual se dio de alta al paciente. Al explicar desencadenantes se observa que persistía realizando una incorrecta técnica al levantarse. Tras explicarle detenidamente, en 2 ocasiones ya que no realiza correctamente la técnica al iniciar la deambulacion, el propio paciente refiere notar mejoría clínica de los pródromos al síncope.

**PALABRAS CLAVE:** CARDIOLOGÍA, REPETICIÓN, EDUCACIÓN, SÍNCOPES.

## **ENFERMERÍA ANTE EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS PRODUCIDAS POR HUMEDAD**

ESTHER GUIADO GARCIA, FÁTIMA NAYARA GARCÍA AFONSO, ISABEL HERNANDEZ MARTIN

**INTRODUCCIÓN:** La úlcera por presión se define como una lesión en la piel, que puede ser de origen isquémico con afectación de tejidos subyacentes, que causa pérdida de sustancia cutánea. Se originan por una presión duradera y prolongada o por la fricción de dos superficies duras, y cursa desde un enrojecimiento hasta pérdida de sustancia.

**OBJETIVOS:** Analizar el tratamiento a seguir ante una úlcera por presión con abundante exposición a la humedad.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas Cochrane, Scielo, Fistera y Pubmed. Se utilizaron los descriptores “Úlcera por presión”, “piel”, “humedad” y “fricción”. De un total de 101 referencias encontradas, se seleccionaron 24 para su posterior análisis. El periodo de búsqueda transcurre desde el 2010 hasta el 2017.

**RESULTADOS:** El tratamiento consiste en la asepsia y limpieza diaria de la úlcera a curar, se debe de limpiar, en la mayoría de los casos, con agua y jabón neutro y su posterior enjuague y secado óptimo. Tras una eficaz cura con el tratamiento pautado por el facultativo, es importante aislarla, en la medida de lo posible, de cualquier agente que sea causante de humedad. Tras la realización de la cura, se debe de cuidar, aparte de la propia cura, los tejidos perilesionales, para evitar así un posible aumento de la lesión, ya sea con cremas hidratantes o aceites.

**CONCLUSIÓN:** Sacamos la conclusión tras el estudio realizado y los casos conocidos y tratados, que una parte fundamental para evitar un empeoramiento de la úlcera a tratar, es aislarla de cualquier medio húmedo y aportando la suficiente hidratación de la piel adyacente que se pueda ver expuesta.

**PALABRAS CLAVE:** ÚLCERA POR PRESIÓN, PIEL, HUMEDAD, FRICCIÓN.

## **PAPEL ENFERMERO, RESIDENCIAS DE MAYORES CON UNA ENFERMEDAD LLAMADA DIABETES**

MARIA DEL MAR DAMIÁN LÓPEZ, CRISTINA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, ENCARNACION MARTINEZ AMOROS

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Todo esto en el anciano representa un importante reto, desde el punto de vista de la enfermería. La diabetes mellitus puede definirse como un desorden del metabolismo relacionado con la edad y con otros factores.

**OBJETIVOS:** Conocer la causa de la enfermedad y sus cuidados. Analizar cuidados necesarios para la enfermedad y para la mejora de la calidad de vida del paciente.

**METODOLOGÍA:** Se realiza un estudio transversal en 2016, en la residencia de ancianos de Almería. Me baso para la realización del estudio en variables como; sexo, edad, prevalencia de la diabetes, tiempo de la enfermedad y presencia de posibles complicaciones.

**RESULTADOS:** Los resultados del estudio son muy significativos: Se recoge una muestra de 150 residentes ancianos institucionalizados, de los cuales un total de del 80% son diabéticos. El paciente en estudio tiene una edad entre: 75 y 80 años. Y más del 50% son mujeres. El 30% eran diabéticos desde hace más de 10 años. El 50% de ellos, ha tenido complicaciones vasculares, tales como: ictus isquémico, infarto agudo de miocardio, retinopatía, nefropatía diabética y neuropatía diabética. El 40% de los enfermos tomaban durante el estudio antidiabéticos orales y el 60 % estaba insulinizado. Más del 65% de estos pacientes están diagnosticados de demencia tipo Alzheimer.

**CONCLUSIÓN:** La edad avanzada en ancianos institucionalizados es la principal característica, la cual hace que su incidencia sea muy elevada. Ya que la mayoría de ellos son diabéticos de larga duración y sus órganos están muy deteriorados, además presentan enfermedades neurodegenerativas.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES MELLITUS, RESIDENCIA TERCERA EDAD, CUIDADOS ENFERMEROS, ENVEJECIMIENTO.

## **ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre 73 años que presenta desde hace una semana fiebre (39,5°C), tos con expectoración purulenta, sibilancias y disnea de reposo. Edemas maleolares y oliguria. Refiere tos y expectoración diarios con disnea desde hace años. Fumador de 30 cigarrillos diarios.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Consciente, hidratado y orientado. T<sup>a</sup> 38°C; pulso rítmico a 90 lpm; PA 150/80 mmHg. Congestión facial, ingurgitación yugular a 45°. Roncus y sibilancias espiratorias. Hepatomegalia de borde liso dolorosa a la palpación; reflujo abdominoyugular positivo. Edemas en miembros inferiores. Hematíes 5,9x10<sup>12</sup>/l; Hb 17,4 g/dl; Htc 58%; leucocitos 14,1x10<sup>9</sup>/l; neutrófilos 11,1x10<sup>9</sup>/l. Proteína C reactiva 7,6 mg/dl, pH 7,4; PaO<sub>2</sub> 50 mmHg; PaCO<sub>2</sub> 65 mmHg; bicarbonato 34 mmol/l. ECG: patrón de crecimiento auricular derecho. Radiografía tórax: Dilatación de arteria pulmonar.

**JUICIO CLÍNICO:** EPOC reagudizado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fiebre + tos con expectoración purulenta: infección respiratoria aguda + EPOC. Leucocitos con neutrofilia + proteína C reactiva alta indicadores de cuadro inflamatorio. Cianosis + disnea + bronquitis + PaO<sub>2</sub> baja + policitemia: hipoxia hipoxémica con policitemia compensadora. Congestión facial + asterixis + PaCO<sub>2</sub> alta: hipercapnia. Ingurgitación yugular + reflujo abdominoyugular + Hepatomegalia + edemas + ECG : insuficiencia cardiaca derecha. Radiografía tórax: HTA pulmonar.

**CONCLUSIONES:** Los factores de riesgo cardiovasculares junto con la reagudización de la bronquitis crónica empeoraron el EPOC. Consecuencias: insuficiencia respiratoria (tabaquismo y bronquitis crónica), HTA pulmonar por sobrecarga del ventrículo derecho y Cor pulmonale crónico por fallo de la función ventricular. Enfermería aplicó los siguientes cuidados: Apoyo emocional a paciente y familiares. Medidas de cuidados generales y específicas. Favorecer cumplimiento terapéutico. Educación sanitaria.

**PALABRAS CLAVE:** EPOC, BRONQUITIS CRÓNICA, COR PULMONALE, HIPERTENSIÓN PULMONAR.

## CASO CLÍNICO PACIENTE GERIÁTRICO CON FATIGA INTENSA

ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 75 años que acude a urgencias por sensación de fatiga intensa desde hace 4 días, refiere palpitaciones y pies “hinchados”. Sus antecedentes personales son: no alergias medicamentosas, no fumador, HTA e hipercolesterolemia desde hace 2 años. Actualmente se encuentra en tratamiento con furosemida y estatinas. Ecocardiograma anterior: ventrículo izquierdo dilatado y estenosis aórtica leve.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La exploración física general aportó los siguientes datos: el paciente se encontraba con un buen estado general, eupneico, pulso periférico arritmico, abdomen blando y depresible. Se realiza ECG: Arritmico a 128 lpm, QRS estrecho, ausencia de onda P. Las constantes son estables: TA 147/98, FC 128 lpm, T<sup>o</sup> 36.8°, Sat 90%.

**JUICIO CLÍNICO:** Fibrilación auricular rápida (FA rápida). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la exploración se sospechaba de una arritmia y tras el ECG, se confirma el diagnóstico de fibrilación auricular.

**CONCLUSIONES:** La FA es una arritmia supraventricular en la que la aurícula no contribuye al llenado ventricular originando un ritmo desorganizado y alta morbimortalidad en enfermedades tromboembólicas. Debido a los AP del paciente no se realiza cardioversión y se administra digoxina más diuréticos junto a una correcta anticoagulación. Para ello se canaliza vía venosa además de la administración de: suero fisiológico 500 ml, Omeprazol 1 vial c/24 h, paracetamol 1 g c/8h si dolor, e ingresó en planta de Cardiología para su valoración y seguimiento.

**PALABRAS CLAVE:** FATIGA, PALPITACIONES, FIBRILACIÓN AURICULAR, ARRITMIA.

## CASO CLÍNICO PACIENTE GERIÁTRICO CON POLAQUIURIA Y NICTURIA

ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 65 años acude a urgencias por presentar polaquiuria y nicturia desde hace varios meses. En sus antecedentes personales no refiere hábitos tóxicos ni alergias a fármacos. Actualmente se encuentra en tratamiento con nifedipino para HTA y Simvastatina para dislipemia.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se toman las constantes vitales: TA 150/80 mmHg, FC 111 lpm, FR 16 rpm, T<sup>a</sup> 36.6 °C, glucemia basal 100 mg/dl. La exploración abdominal y respiratoria es normal. Buen estado general. Se realiza tacto rectal donde se objetiva una próstata agrandada de tamaño uniforme, elástica y lisa. Se extrae analítica con resultados sin alteración, hematimetría y urocultivo normales. PSA (antígeno prostático específico) 2.5 Ng/ml y PSA libre 30%.

**JUICIO CLÍNICO:** Hipertrofia benigna de próstata. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Antes de la exploración se sospechaba de DM o Insuficiencia Cardíaca, junto a la exploración y síntomas urinarios se confirma la hipertrofia benigna de próstata tras PSA <3 y PSA libre >25, pero no se puede excluir el cáncer de próstata.

**CONCLUSIONES:** La hipertrofia benigna de próstata es el tumor más frecuente en hombres mayores de 50 años cursando con síntomas obstructivos e irritativos. Se canaliza vía venosa para fluidoterapia y tratamiento con terazosina. Se indica realizar también medidas higiénico-dietéticas y fitoterapia y control al año en atención primaria si no hay empeoramiento de los síntomas.

**PALABRAS CLAVE:** POLAQUIURIA, NICTURIA, HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA, NEOPLASIA HOMBRES.

## PSICOSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES EN EL ANCIANO

ROCÍO RUIZ HINOJOSA, MARCELINO ARRIAZA GESTOSO, NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 80 años, encamada por secuelas de Ictus que presenta cuadro de agitación psicomotriz, con llanto, gritos y alucinaciones visuales de inicio subagudo. Una semana antes había iniciado tratamiento con inhaladores, levofloxacin y prednisona por cuadro de bronquitis. Acude a Urgencias Hospitalarias descartando causa orgánica para dichos síntomas y pautando tratamiento antipsicótico sin mejoría.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Aceptable estado general, eupneica con saturación basal del 97%. FC 90 lpm. TA 120/70 mmHg. En la auscultación presenta algunos sibilantes espiratorios y en la exploración neurológica destaca hemiplejía derecha (ya conocida). Desorientada, agitada, con insomnio, refiere ver familiares fallecidos en la habitación. Se realizaron en Urgencias TAC craneal, analítica con sistemático de orina y punción lumbar que resultaron normales. Con la sospecha de psicosis inducida por fármacos (en nuestro caso, tratamiento corticoideo), decidimos retirada gradual de los mismos, mostrando mejoría tras su eliminación.

**JUICIO CLÍNICO:** Psicosis inducida por fármacos (glucocorticoides). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neoplasia cerebral, infecciones del sistema nervioso central, demencia de inicio subagudo, infección de orina, alteraciones electrolíticas.

**CONCLUSIONES:** Las propiedades antiinflamatorias e inmunomoduladoras de los glucocorticoides, hacen que sean un grupo de fármacos ampliamente utilizados en múltiples patologías. Aunque sus efectos secundarios más conocidos son a nivel de masa ósea y alteraciones metabólicas, no debemos olvidar los que afectan a la esfera mental tales como síntomas psicóticos, manía, depresión y mayor riesgo de suicidio. Por lo general, responden de forma parcial al tratamiento antipsicótico y mejoran los tras la retirada del fármaco.

**PALABRAS CLAVE:** GLUCOCORTICOIDES, PSICOSIS, AGITACIÓN PSICOMOTRIZ, SECUNDARISMO.

## **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA**

SANDRA NAVARRETE OLIVER, AGUSTÍN ORTEGA DEL ÁRBOL, ALEJANDRO CORRAL CASTILLO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 69 años de edad. Ingresa en unidad de Medicina Interna por dolor abdominal, ardor al orinar, nicturia, polaquiuria y cansancio. Tras varios estudios y valoraciones se le diagnóstica de hiperplasia prostática. Consciente y orientado. No alergias conocidas. Antecedentes personales: DB, HTA, fumador, sedentario. Se realiza valoración siguiendo el modelo de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA:108/61 mmHg FC: 64 lpm Tª: 35.5°C Abdomen ligeramente distendido. Índice de Barthel: 85%, independiente.

**JUICIO CLÍNICO:** Diagnóstico de Enfermería: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria r/c obstrucción anatómica m/p disuria, nicturia, polaquiuria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Criterios de Resultados (NOC): 0502 Continencia urinaria: 050201 Reconoce la urgencia miccional: 4, constantemente manifestado 0503 Eliminación urinaria: 050301 Patrón de eliminación en el rango esperado ERE: 2, sustancialmente comprometido.

**PLAN DE CUIDADOS:** Intervenciones/ Actividades (NIC): 0590 Manejo de la eliminación urinaria: - Control periódico de la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede. - Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. - Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. - Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo y síntoma de infección.

**CONCLUSIONES:** Tras la valoración de las necesidades alteradas y la puesta en marcha del plan de cuidados atendiendo a los lenguajes estandarizados NANDA, NIC, NOC, se consiguió mejorar ligeramente el patrón urinario, así como se consigue aumentar el conocimiento acerca de signos y síntomas de infección.

**PALABRAS CLAVE:** PLAN DE CUIDADOS, HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

## MANEJO DEL DOLOR EN ANCIANOS CON DEMENCIA

MARIA BELEN CAÑAS NUFLO, MARIA ARJONA VEGAS, YOLANDA GALISTEO CORTES

**INTRODUCCIÓN:** La demencia afecta a más de 35 millones de personas en todo el mundo, y esta cifra aumentará. La condición se caracteriza por una disminución progresiva de la cognición, la función y la comunicación. Estos factores se combinan para presentar un desafío crítico en la evaluación del dolor. El dolor no tratado puede provocar depresión, trastornos del sueño, caídas, desnutrición y deterioro en las actividades diarias y funciones físicas.

**OBJETIVOS:** Determinar herramientas para el manejo del dolor en pacientes con demencia.

**METODOLOGÍA:** Para la búsqueda de artículos se ha utilizado la base de datos PubMed, así como Scielo, Cochrane, CUIDEN. Se han buscado artículos de los últimos 5 años (2012-2017) tanto en español como en inglés. Se encontraron un total de 25 artículos, de los cuales, siguiendo los criterios de exclusión establecidos se escogieron 19.

**RESULTADOS:** Hay varias herramientas que tienen validez comprobada para el manejo del dolor en ancianos con demencia, entre ellas se incluyen: herramienta de evaluación del dolor de enfermería certificada (CPAT), lista de verificación del indicador de dolor no verbal (CNPI), escala de malestar-demencia de tipo Alzheimer (DS-DAT), lista de verificación de la evaluación del dolor para personas mayores con capacidad limitada para comunicarse (PACSLAC). Movilización, Observación, Comportamiento, Intensidad, Escala de Demencia del Dolor (MOBID). Evaluación de la Incomodidad en la Demencia (ADD). Lista de Verificación del Comportamiento.

**CONCLUSIÓN:** Cuando se trata de personas con demencia, la comunicación entre pacientes y personal acerca del dolor se hace más difícil debido a los desafíos que presenta el deterioro cognitivo y funcional progresivo, y la comunicación no verbal ("señales de dolor observacional") se vuelve más esencial y más ambigua; por lo tanto es importante el uso de otras herramientas para un adecuado control del dolor en este tipo de pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** DEMENCIA, ANCIANOS, DOLOR, ESCALAS.

## **BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS PACIENTES CON DEMENCIA**

LUISA MARÍA GARCÍA RUIZ, ANDRÉS JOSÉ SALVADOR RUIZ, MARÍA DEL MAR MUÑOZ CARMONA

**INTRODUCCIÓN:** La demencia es un síndrome crónico que compromete alteraciones de la memoria, cambios en la conducta, pero lo más destacado es la dificultad para poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria con independencia, lo que supone un deterioro de la funcionalidad. El tratamiento de un paciente con demencia comprende el control de estos síntomas. Las técnicas farmacológicas han demostrado beneficios, pero con efectos adversos que restringen las dosis adecuadas y disminuyen la adherencia a los tratamientos. Por lo que la musicoterapia es el coadyuvante idóneo para el manejo de la enfermedad.

**OBJETIVOS:** Determinar los beneficios de la terapia musical en los enfermos con deterioro cognitivo a medio y largo plazo.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica, con una búsqueda realizada en bases de datos nacionales e internacionales (Pubmed, Cuiden, Dialnet, Science Direct, Scielo y Elsevier). Empleando tesauros (MeSH y DeCs) y operadores booleanos (“AND” y “OR”). Criterios de exclusión: documentos con antigüedad superior a diez años, de pago y textos incompletos. Se han empleado fuentes en español e inglés. De los cincuenta y cinco hallados fueron seleccionados trece.

**RESULTADOS:** Los resultados de los estudios contrastados indicaron la eficacia de la musicoterapia en la disminución de la depresión, agitación y ansiedad. Se observó una mejora significativa de memoria, orientación, delirios, alucinaciones, agitación, irritabilidad y trastornos del lenguaje.

**CONCLUSIÓN:** La musicoterapia ha demostrado efectivos resultados, mejorando estos síntomas de una forma económica y sin efectos adversos, lo cual se podría mejorar, combinándola con otras técnicas de terapia ocupacional.

**PALABRAS CLAVE:** MUSICOTERAPIA, TERAPIA MUSICAL, DEMENCIA, ALZHEIMER.

## **EFFECTOS DEL EJERCICIO ACUÁTICO SOBRE EL DOLOR EN LA COLUMNA LUMBAR EN PERSONAS MAYORES CON SOBREPESO: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

MIGUEL ANGEL GALLO VALLEJO, LUZ MARIA GALLO GALAN, MARTA MEDINA CASADO

**INTRODUCCIÓN:** El proceso de envejecimiento está marcado por la disminución de las capacidades funcionales y psicológicas en adultos mayores. La pérdida de masa muscular en el envejecimiento conduce a la disfunción muscular, pero además, la obesidad también contribuye sustancialmente a patologías médicas crónicas como el dolor lumbar. El ejercicio físico en el agua reduce la presión sobre la articulación afectada e inducen una sensación de relajación gracias a la temperatura del agua. Además gracias a la flotabilidad y la resistencia del agua permite la realización de ejercicio físico de manera segura y controlada.

**OBJETIVOS:** Analizar los efectos del ejercicio acuático sobre el dolor de espalda en personas mayores con sobrepeso.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos bibliográficas: PubMed, Scopus, Web Of Science y CINAHL. Se limitó la búsqueda a los últimos 5 años, utilizando los descriptores de la lista MeSH. En función a las bases de datos se utilizaron descriptores en inglés (aquatic exercise OR physical therapy) AND (low back chronic) AND (pain OR quality of life). Se obtuvieron un total de 33 artículos de los cuales se incluyeron 13 tras el proceso de selección establecido.

**RESULTADOS:** Los programas de ejercicios mostraron mejoras significativas sobre la reducción del dolor, la discapacidad percibida y la calidad de vida de estas personas. Además, se mostró que el ejercicio acuático puede proporcionar mejoras óptimas sobre la composición corporal.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados obtenidos en los diferentes estudios sugirieron que el ejercicio acuático puede ser una terapia efectiva para la reducción del dolor de espalda en personas mayores con sobrepeso.

**PALABRAS CLAVE:** LOW BACK, AQUATIC EXERCISE, PHYSICAL ACTIVITY, PAIN.

